

PSYCHOPATHOMETRIE BEI SOG. PSYCHISCH ABNORMEN PERSONEN

**Abgrenzung des Erscheinungsbildes psychischer Abnormitäten nicht-
organischer und nichtpsychotischer Genese vom organischen
Defektsyndrom.**

**Klinische Beobachtungen und statistische Ergebnisse auf der
Grundlage des Defekttestes.**

von

Manfred Wolfersdorf

aus

Amberg/Obpf.

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Professor Dr. H.H. Wieck)

PSYCHOPATHOMETRIE BEI SOG. PSYCHISCH ABNORMEN PERSONEN

Abgrenzung des Erscheinungsbildes psychischer Abnormitäten nicht-
organischer und nichtpsychotischer Genese vom organischen
Defektsyndrom.

Klinische Beobachtungen und statistische Ergebnisse auf der
Grundlage des Defekttestes.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Manfred Wolfersdorf
aus
Amberg/Obpf.

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereichs Medizin
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. E. Rügheimer

Referent: Priv.-Doz. Dr.rer.nat., Dr.med. W. Kinzel

Korreferent: Prof. Dr. H.H. Wieck

Tag der mündlichen Prüfung: 10. 10. 1977

Meinen Eltern, Babette und Martin Häusler,
in Dankbarkeit gewidmet.

INHALTSVERZEICHNIS

=====

I. FRAGESTELLUNG

II. UNTERSUCHUNGSGRUPPE

A. Übersicht über Personalien und Krankendaten der untersuchten Stichprobe

1.) Patienten

2.) Zusammenfassung nach Diagnosegruppen

B. Untersuchung der Stichprobe nach relevanten Variablen

1.) Altersverteilung

a) quantitativ - statistische Daten

b) Gliederung nach Altersklassen

2.) Intelligenzverteilung

a) quantitativ - statistische Daten

b) Gliederung nach Intelligenzklassen

III. METHODIK

A. Verfahrensmethoden des Testapparates

B. Die Einzelvariablen der Testbatterie

IV. KASUISTIK

A. Fall 1

B. Fall 2

C. Fall 3

D. Fall 4

E. Zusammenfassender Überblick

V. ERGEBNISSE

A. Untersuchung der Ausprägungsstärke

- 1.) Gesamtübersicht über die in den einzelnen Intelligenzklassen erzielten Wertpunkte
 - a) Darstellung der WP-Ergebnisse in der Intelligenzklasse A
 - b) Darstellung der WP-Ergebnisse in der Intelligenzklasse C
 - c) Darstellung der WP-Ergebnisse in der Intelligenzklasse B
 - d) Die Testdaten M, AD und SW, dargestellt in WP und getrennt nach Intelligenzklassen
- 2.) Voruntersuchungen innerhalb der Stichprobe der "psychisch auffälligen Patienten"
 - a) Statistische Methode
 - b) Einfluß der abhängigen Variablen Intelligenz, Alter und Geschlecht auf die Testergebnisse
 - (1) Keine Variable konstant
 1. Vergleich der WP-Ergebnisse in den Intelligenzklassen A, B und C
 2. Vergleich der WP-Ergebnisse in den Altersklassen a, b und c
 3. Vergleich der WP-Ergebnisse in den Geschlechtsgruppen
 - (2) Eine Variable konstant
 1. Vergleich der WP-Ergebnisse in den Geschlechtsgruppen bei gleicher Intelligenz
 2. Vergleich der WP-Ergebnisse in den Intelligenzklassen bei gleichem Geschlecht
 3. Vergleich der WP-Ergebnisse in den Altersklassen a und b bei gleicher Intelligenz
 - c) Überprüfung der Testergebnisse auf Abhängigkeit von diagnostischen Untergruppen
 - d) Zusammenfassende Darstellung der bisherigen Ergebnisse

- 3.) Überprüfung auf Signifikanz der Unterschiede zwischen den Stichproben der Hirngeschädigten und den "psychisch abnormen Patienten"
 - a) Vergleich der personalen Daten
 - b) Gesamtübersicht über die WP-Ergebnisse der zu vergleichenden Stichproben, gegliedert nach den Intelligenzklassen
 - (1) WP-Ergebnisse in der Intelligenzklasse A
 - (2) WP-Ergebnisse in der Intelligenzklasse C
 - (3) Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

- B. Untersuchung der Ausprägungsrichtung
 - 1.) Itemanalyse
 - 2.) Ergebnisse
 - 3.) Zusammenstellung der Itemcluster nach ihrer Klassenzugehörigkeit
 - 4.) Zusammenfassung
 - 5.) Statistischer Gruppenvergleich

VI. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

- A. Vergleichende Betrachtung beider Stichproben
- B. Zur Auswahl des Patientengutes
- C. Diskussion der Testergebnisse
 - 1.) Voruntersuchungen innerhalb der Untersuchungsgruppe
 - 2.) Vergleich der beiden Stichproben

VII. ZUSAMMENFASSUNG

VIII. LITERATURVERZEICHNIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548222_0009

I. FRAGESTELLUNG

=====

Im Rahmen der Entwicklung psychopathometrischer Testmethoden zur quantitativen Registrierung der Änderung seelisch-geistiger Funktionen bei irreversibler Schädigung nach Hirnkontusion - psychisches Defektsyndrom - ergibt sich im Sinne der testtheoretischen Validierung die Notwendigkeit, den Nachweis der Syndromspezifität des 1971 von W. KINZEL entwickelten Defekttestes anzutreten (W. KINZEL, Diss. 1971).

Nachdem sich bereits mehrere Untersuchungen in dieser Richtung erfolgreich erwiesen haben (vgl. W. KINZEL und R. ZENG-LEIN, 1970; W. KINZEL und U. SCHMID, 1972), befaßt sich die vorliegende Arbeit mit der Abgrenzung des psychischen Defektsyndroms nach Hirnkontusion von der Symptomatik psychisch auffälliger Personen nichtorganischer und nichtpsychotischer Genese, die im Sinne K. SCHNEIDERS als "Spielarten seelischen Wesens" (K. SCHNEIDER, 9. Aufl. 1971) verstanden werden.

Der Defekttest hat die Aufgabe, das "psychische Defektsyndrom", d.h. die irreversiblen seelischen Schädigungen nach Hirnkontusion, objektiv zu erfassen. Da die psychischen Erscheinungen des Defektsyndroms phänomenologisch der psychopathologischen Symptomatik primär anders bedingter Erkrankungen ähnlich sind, erfordert dies aus testtheoretischen Gründen den Nachweis, daß der Testapparat die syndrombedingte Wesensänderung quantifiziert und nicht allgemein etwa nur "psychische Begleitsymptomatik" anderer Grundkrankheiten.

Die Frage, ob der Defektttest wirklich "das mißt, was er zu messen vorgibt", wurde in den oben genannten Untersuchungen bereits erörtert und positiv beantwortet. Im Sinne seiner Gültigkeit soll der Defektttest nun einer weiteren Erprobung unterzogen werden. Geprüft wird das Testverhalten desjenigen Patientenkreises, dessen psychische Symptomatik als "abnorme Spielart seelischen Wesens", als "Variante seelisch-geistigen Seins" (K. SCHNEIDER, 9. Aufl. 1971) bezeichnet wird. Hirnorganische und psychotische Erkrankungen waren klinisch ausgeschlossen. Beiden Patientengruppen - Patienten mit psychischem Defektsyndrom und Personen mit psychisch auffälligem Verhalten nichtorganischer und nichtpsychotischer Genese - scheinen vegetative Störungen, Veränderungen im affektiven und sozialen Verhalten, Verlust von Initiative und Aktivität sowie Verminderung von Leistung und Produktivität gemeinsam zu sein.

Inzwischen gelang die Abgrenzung des psychischen Defektsyndroms mit Hilfe des Defektttestes gegenüber den körperlich begründbaren Psychosen und gegenüber der psychischen Symptomatik internistisch Erkrankter (vgl. vorne); eine Untersuchungsreihe bei Patienten mit endogener Psychose wurde ebenfalls jetzt abgeschlossen (W. KINZEL und J. KRAUS, 1974).

Die vorliegende Untersuchung soll den Nachweis führen, daß der Defektttest syndromspezifisch signifikant differenziert zwischen der Patientengruppe mit postkontusionellem psychischen Defektsyndrom und der Stichprobe "psychisch auffälliger Personen", handelt es sich doch dort um hirnorganisch kranke, hier um hirnorganisch gesunde Personen.

II. UNTERSUCHUNGSGRUPPE

=====

Der folgende Abschnitt bringt die Darstellung der hier untersuchten Stichprobe psychisch auffälliger Patienten nichtorganischer und nichtpsychotischer Genese, gegliedert nach Personalien und Krankendaten. Weiterhin wird eine Aufteilung der Stichprobe nach Diagnosegruppen sowie nach den bis zu einem gewissen Grade testabhängigen Variablen Geschlecht, Alter und Intelligenz vorgenommen (vgl. W. KINZEL, Diss. 1971).

A. Übersicht über Personalien und Krankendaten

=====

1.) Patienten

Von Januar bis Oktober 1971 wurde der Defektttest mit insgesamt 58 Patienten durchgeführt. 27 befanden sich in stationärer Behandlung an der Psychiatrischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg (Direktor: Prof. Dr. med. F.-W. BRONISCH), 31 waren Patienten der Universitäts-Nervenlinik Erlangen (Direktor: Prof. Dr. med. H.H. WIECK). Von letzteren befanden sich 3 in ambulanter, 28 in stationärer Behandlung.

Die Untersuchungsgruppe setzt sich aus 40 männlichen und 18 weiblichen Patienten zusammen. Alle wichtigen Daten (Initialen des Namens, Geschlecht, Alter, Beruf, Intelligenzquotient und klinische Diagnose) sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tab. 1: Personalien und Krankendaten

Lfd.Nr.	Kbl.-Nr.	Name	Geschl.	Alter	Beruf	IQ	Diagnose
1	317/70	K.Sch.	w	17	Kaufm.Lehrling	85	abnormes Verhalten
2	447/70	W.B.	m	21	Schriftsetzerlehrl.	120	abnorme Erlebnisreaktion
3	399/70	F.-W.Sch.	m	56	Oberregierungsrat	115	psychoveg.Erschöpfung
4	749/70	H.R.	m	45	Seemann	110	asthenische Persönlichkeit
5	5/71	G.J.	m	41	Schreiner	105	infantiler Psychopath, Alkoholismus
6	789/70	W.Bi.	m	52	Färbermeister	90	abnorme Persönlichkeit
7	113/71	H.G.E.	m	20	Maschinenschlosser	105	willensschwacher Psychopath, Rauschgiftabusus
8	117/71	W.K.	m	39	Maurer	110	depressive Entwicklung
9	148/71	S.J.	m	33	Starkstromelek- triker	100	abnorme Verarbeitung e. Krankheitsprozesses
10	ambulant	Th.B.	m	47	Rentner	110	abnorme Entwicklung
11	ambulant	E.St.	w	42	Kontrolleurin	110	depressive Verstimmung
12	ambulant	O.B.	w	33	Hausfrau	90	abnorme Entwicklung
13	169/71	W.Bl.	m	33	Dreher	105	abnorme Verarbeitung e. Krankheitsprozesses
14	164/71	E.R.	m	49	Pröftrner	105	abnorme Persönlichkeit
15	203/71	P.H.	m	17	Speditionskauf- mann	105	abnormes Verhalten

Tab. 1: Fortsetzung

Lfd.Nr.	Kbl.-Nr.	Name	Geschl.	Alter	Beruf	IQ	Diagnose
16	174/71	J.B.	w	21	Hausgehilfin	105	depressive Verstimung, Arzneimittelintoxikation
17	220/71	St.L.	m	28	Zimmerermeister	100	chron. Alkoholismus
18	384/71	K.H.	m	44	Kraftfahrer	100	abnorme Persönlichkeit, Arzneimittelintoxikation
19	223/71	H.Re.	m	24	Geschäftsführer	105	abnorme Erlebnisreaktion
20	188/71	G.S.	m	24	Schriftsetzer	115	abnorme Persönlichkeit, multivalente Sucht
21	235/71	J.L.	m	33	Arbeiter	105	asthenischer Psychopath, Suizidversuch
22	87/71	G.B.	m	18	Schüler	120	abnorme Entwicklung, Arzneimittelabusus
23	VIII-491	M.Nk.	m	54	Bauarbeiter	90	abnorme Persönlichkeit
24	VII-2958	W.Br.	m	23	Maschinenschlosser	105	abnorme Erlebnisreaktion
25	VI-2802	E.B.	m	41	Versicherungskauf- mann	110	abnorme Erlebnisreaktion
26	VIII-286	G.M.	m	36	Einsteller	110	abnorme Entwicklung, Tabl.- und Alkoholabusus
27	VIII-288	M.L.	m	48	Krankenpfleger	110	abnorme Persönlichkeit
28	VIII-320	M.N.	m	17	Tankwart	105	psychosoziale Störungen
29	244/71	M.Lg.	w	17	Dekorateurin	105	abnorme erlebnisreaktive Entwicklung
30	232/71	H.B.	w	19	Kosmetikerin	110	abnorme Erlebnisreaktion

Tab. 1: Fortsetzung

Lfd.Nr.	Kbl.-Nr.	Name	Geschl.	Alter	Beruf	IQ	Diagnose
31	VII-2048	W.G.	m	33	Dreher	110	herzphobische Entwicklung
32	VIII-319	W.P.	m	18	Schüler	115	Phobie
33	VIII-285	A.H.	m	34	Mustermacher	100	abnorme Trauerreaktion
34	1171 (J)	M.M.	w	36	Hausgehilfin	100	abnorme Belastungsreaktion
35	VIII-1005	U.S.	w	18	Arbeiterin	75	psychosoziale Störungen, milieugeschädigt
36	VIII-937	V.B.	w	24	Hotelsekretärin	115	reaktive Depression mit phobischen Zuständen
37	314/71	L.T.	m	24	kaufm.Angestellter	115	willensschwacher Psychopath
38	344/71	G.Bg.	m	15	Schüler	110	Verhaltensstörungen
39		R.Sch.	m	21	Mechaniker	105	abnorme Erlebnisreaktion
40	265/71	M.R.	w	51	Lagerhalterin	105	depressiv-selbstunsichere Persönlichkeit, SMV
41	VIII-1074	E.B.	w	31	Altenpflegerin	100	reaktive Depression
42	VIII-451	G.K.	m	65	Rentner	100	abnorme Persönlichkeit
43	VIII-271	G.R.	m	23	Büromaschinen- mechaniker	110	willensschwache Persönlich- keit, veg. Labilität
44	VIII-1028	R.B.	w	41	Lagerarbeiterin	80	abnorme Persönlichkeit
45	VIII-833	W.Pfl.	m	24	Maschinenschlosser	115	labile Persönlichkeit, Nei- gung zu Kurzschlußreakt.

Tab. 1: Fortsetzung

Lfd.Nr.	Kbl.-Nr.	Name	Geschl.	Alter	Beruf	IQ	Diagnose
46	VIII-784	M.B.	m	15	Schüler	110	sexuell abnormes Verhalten, Fetischismus
47		H.Ba.	m	45	Werkzeugschleifer	95	abnorme Reaktion
48	403/71	K.-E.Th.	m	35	Maschinenschlosser	120	chron. Alkoholismus
49	VIII-1059	D.G.	w	27	kaufm.Angestellte	115	abnorme Entwicklung
50	780 (J)	H.K.	m	49	Bestattungsarbeiter	100	zirkumskripte Hypochondrie
51	759 (J)	F.S.	m	29	Maschinenschlosser	105	chron. Alkoholismus, abnorme Persönlichkeit
52	751 (J)	G.P.	w	24	Arzthelferin	110	depressive Verstimmung
53	VIII-8390	O.S.	m	29	Hilfsarbeiter	105	Exhibitionismus
54	VIII-863	W.L.	m	24	Graveur	110	abnorme Entwicklung
55	435/71	I.Ö.	w	17	Schülerin	110	abnorme Entwicklung
56	VIII-1014	A.A.	w	40	Metallarbeiterin	100	erlebnisreaktive Störungen und Angstzustände
57	V-2436	J.Sch.	w	42	Sekretärin	115	erlebnisreaktive Störungen
58	VIII-1022	B.M.	w	25	Phonotypistin	110	reaktive Depression

Bei den Patienten der Städt. Krankenanstalten Nürnberg findet sich in der Spalte für die Krankenblatt-Nummer eine römische Ziffer; das Zeichen (J) hinter einer Zahl steht für "Krankenjournal" und bedeutet, daß dieser Patient zur Zeit der Untersuchung noch nicht im Archiv erfaßt war. Die übrigen Personen finden sich in der Universitäts-Nervenlinik Erlangen.

2.) Zusammenfassung nach Diagnosegruppen

Ziel der Testreihe sollte die Untersuchung der Testresultate bei Patienten mit klinisch diagnostiziertem "psychisch auffälligem Verhalten" sein, wobei organische und psychotische Grundprozesse ausgeschlossen sein mußten. Die Zusammenstellung der Patienten nach gewissen einheitlichen Kriterien erschien sinnvoll, weil damit ein gruppeninterner Vergleich möglich wurde. Grundsätzlich soll hier festgestellt werden, daß die Absicht dieser Untersuchung nicht in einer auf der Grundlage des Defekttestes vorgenommenen Differenzierung verschiedener "psychischer Auffälligkeiten" oder "Abnormitäten" liegt. Wichtig allein war das Testverhalten dieser Patientengruppe im Vergleich zur Stichprobe der Kranken mit psychischem Defektsyndrom nach Hirnkontusion. Einziges Kriterium der Auswahl der Patienten war aus diesem Grunde die klinisch diagnostizierte "psychische Auffälligkeit" bei Ausschluß einer organischen oder psychotischen Grundkrankheit.

In Anlehnung an K. SCHNEIDER (9. Aufl. 1971) und N. PETRILO-WITSCH (3. Aufl. 1966) wurden folgende 3 Gruppen zusammengefaßt:

1. Gruppe der abnormen Erlebnisreaktionen: 22 Patienten

Hierzu wurden gezählt sog. einfache situative Konfliktreaktionen, Reaktionen auf berufliche Belastung, sog. psychosoziale Störungen und Milieuschädigung, psychovegetative Erschöpfungsreaktionen sowie depressive Verstimmungen.

2. Gruppe der abnormen Entwicklungen: 16 Patienten

Hierzu wurden gezählt reaktiv depressive Entwicklungen, abnorme Verarbeitung von Krankheitsprozessen mit Fehlentwicklung und persistierender Fixierung auf Krankheits-symptome im Sinne hypochondrischer Entwicklungen sowie phobische Verläufe.

3. Gruppe der abnormen Persönlichkeiten: 20 Patienten

Der Begriff der abnormen Persönlichkeit wurde im Sinne K. SCHNEIDERS (9. Aufl. 1971) als "übergeordneter Begriff" verwendet und umfaßte hier asthenische, selbstunsichere, willensschwache und depressive Persönlichkeiten. Sinngemäß wurden Sucht und Abusus als "bloßer Ausdruck" einer primär abnormen Charakterstruktur verstanden und zusammen mit abnormem Sexualverhalten ebenfalls hier eingeordnet.

Nachstehende Tabelle zeigt die Patienten der Untersuchungsgruppe ihrer Diagnosengruppe zugeordnet.

Tab. 2: Zusammenstellung der Patienten nach ihrer Zugehörigkeit zu obigen Diagnosegruppen

Diagnosegruppen:

abnorme Erlebnisreaktion		abnorme Entwicklung		abnorme Persönlichkeit	
lfd. Nr.	Name	lfd. Nr.	Name	lfd. Nr.	Name
1	K.Sch.	8	W.K.	4	H.R.
2	W.B.	9	S.J.	5	G.J.
3	F.W.Sch.	10	Th.B.	6	W.Bi.
11	E.St.	12	O.B.	7	H.G.E.
15	P.H.	13	W.Bl.	14	E.R.
16	J.B.	26	G.M.	17	St.L.
19	H.Re.	29	M.Lg.	18	K.H.
21	J.L.	31	W.G.	20	G.S.
24	W.Br.	32	W.P.	22	G.B.
25	E.B.	33	A.H.	23	M.Nk.
28	M.N.	36	V.B.	27	M.L.
30	H.B.	41	E.Br.	37	L.T.
34	M.M.	49	D.G.	40	M.R.
35	U.S.	50	H.K.	42	G.K.
38	G.Bg.	54	W.L.	43	G.R.
39	R.Sch.	58	B.M.	44	R.B.
45	W.Pf.			46	M.B.
47	H.Ba.			48	K.E.Th.
52	G.P.			51	F.S.
55	J.Ö.			53	O.S.
56	A.A.				
57	J.Sch.				

B. Untersuchung der Stichprobe nach relevanten Variablen
=====

Da der Defektttest bis zu einem gewissen Grade intelligenz-, geschlechts- und altersabhängig ist (vgl. W. KINZEL, Diss. 1971), mußten diese 3 Größen als Variable Intelligenz, Geschlecht und Alter in der Auswertung berücksichtigt werden. Daraus ergibt sich für die vorliegende Untersuchung die Notwendigkeit einer Aufgliederung der Stichprobe nach Alters-, Geschlechts- und Intelligenzklassen.

Die untersuchte Stichprobe psychisch auffälliger Patienten nichtorganischer und nichtpsychotischer Genese umfaßt insgesamt 58 Personen, davon 40 männliche und 18 weibliche. 25 Patienten sind durchschnittlich intelligent, 27 überdurchschnittlich und 6 unterdurchschnittlich begabt.

Die Berechnung der quantitativ-statistischen Daten einer Gruppe wurde vorgenommen mittels:

1. Bestimmung des Mittelwertes M über die Gesamtpatientenzahl N

$$M = \frac{\text{Gesamtsumme der Einzelwerte}}{N}$$

2. Bestimmung des AD-Wertes, definiert als mittlere Abweichung vom Mittelwert (Average Deviation)

$$AD = \frac{\text{Summe der Einzelabweichungen vom Mittelwert}}{N}$$

3. Bestimmung der Spannweite, d.h. der Differenz zwischen oberem und unterem Grenzwert

$$\text{Spannweite} = \text{Bereich zwischen den Extremwerten.}$$

1.) Altersverteilung

a) Quantitativ-statistische Daten:

Im folgenden wird eine Zusammenstellung der Patienten mit den jeweils entsprechenden Alterswerten gegeben. Die Patientengruppe ist dabei nach dem Geschlecht aufgegliedert, die Intelligenzwerte (Methode: MWT nach S. LEHRL und Mitarb., 1971) sind beigelegt. Eine zusammenfassende Übersicht der statistischen Ergebnisse schließt sich an.

Tab. 3: Zusammenstellung der getesteten Patienten mit Alters- und IQ-Werten, gegliedert nach dem Geschlecht

(1) Weibliche Patientengruppe: N = 18

lfd. Nr.	Name	Al- ter	IQ
1	K.Sch.	17	85
11	E.St.	42	110
12	O.B.	33	90
16	J.B.	21	105
29	M.Lg.	17	105
30	H.B.	19	110
34	M.M.	36	100
35	U.S.	18	75
36	V.B.	24	115
40	M.R.	51	105
41	E.Br.	31	100
44	R.B.	41	80
49	D.G.	27	115
52	G.P.	24	110
55	J.Ö.	17	110
56	A.A.	40	100
57	J.Sch.	42	115
58	B. M.	25	110

(2) Männliche Patientengruppe: N = 40

lfd. Nr.	Name	Al- ter	IQ	lfd. Nr.	Name	Al- ter	IQ
2	W.B.	21	120	25	E.B.	41	110
3	F.W.Sch.	56	115	26	G.M.	36	110
4	H.R.	45	110	27	M.L.	48	110
5	G.J.	41	105	28	M.N.	17	115
6	W.Bi.	52	90	31	W.G.	33	110
7	H.G.E.	20	105	32	W.P.	18	115
8	W.K.	39	110	33	A.H.	34	100
9	S.J.	33	100	37	L.T.	24	115
10	Th.B.	47	110	38	G.Bg.	15	110
13	W.Bl.	33	105	39	R.Sch.	21	105
14	E.R.	49	105	42	G.K.	65	100
15	P.H.	17	105	43	G.R.	23	110
17	St.L.	28	100	45	W.Pf.	24	115
18	K.H.	44	100	46	M.B.	15	110
19	H.Re.	24	105	47	H.Ba.	45	95
20	G.S.	24	115	48	K.E.Th.	35	120
21	J.L.	33	105	50	H.K.	49	100
22	G.B.	18	120	51	F.S.	29	105
23	M.Nk.	54	90	53	O.S.	29	105
24	W.Br.	23	105	54	W.L.	24	110

Tab. 4: Zusammenfassende Übersicht

	männlich	weiblich	gesamt
Summe	1316	525	1841
M	32,9	29,1	31,7
AD	10,8	9,1	11,8
Spannweite	50 15-65	34 17-51	50 15-65

Für die Gesamtpatientenzahl $N = 58$ ergibt sich ein durchschnittliches Alter von 31,7 Jahren bei einer Spannweite von 50. Der jüngste Patient war 15, der älteste 65 Jahre alt. Nahezu die Hälfte der Patienten befand sich zur Testzeit zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, zwei weitere Gipfel der Altersverteilung lagen mit je 8 Patienten in den Intervallen 30. bis 35. und 40. bis 45. Lebensjahr.

Mit $N = 40$ Personen stellt die männliche Gruppe etwa zwei Drittel der Gesamtpatientenzahl. Das durchschnittliche Alter liegt hier bei 32,9 Jahren; die Spannweite reicht von 15 bis 65 Jahre. Ein Verteilungsgipfel findet sich zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr, ein weiterer zwischen dem 30. und 35. Lebensjahr.

Die weiblichen Patienten verteilen sich bei einem mittleren Alter von 29,1 Jahren und einer Spannweite von 34 ziemlich gleichmäßig. Die jüngste Patientin zählte 17 Lebensjahre, die älteste 51.

b) Gliederung nach Altersklassen:

Wie oben bereits erwähnt, erfordern die Ergebnisse der ersten Untersuchungsreihen eine Betrachtung der Testresultate u.a. getrennt nach einzelnen Altersklassen. Als solche wurden festgelegt:

Altersklasse a: = jüngeres Alter (umfaßt die Patienten bis einschließlich 25. Lebensjahr: 16 - 25 Jahre);

Altersklasse b: = mittleres Alter (umfaßt die Patienten vom 26. bis 50. Lebensjahr einschließlich: 26 - 50 Jahre);

Altersklasse c: = höheres Alter (umfaßt die über 50 Jahre alten Patienten: 51 - 65 Jahre).

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Stichprobe auf die einzelnen Altersklassen, ein zusammenfassender Überblick der quantitativ-statistischen Daten schließt an.

Tab. 5: Aufstellung nach Altersklassen

(1) Altersklasse a (15 - 25 Jahre):

lfd. Nr.	Name	Al- ter	IQ
1	K.Sch.	17	85
2	W.B.	21	120
7	H.G.E.	20	105
15	P.H.	17	105
16	J.B.	21	105
19	H.R.	24	105
20	G.S.	24	115
22	G.B.	18	120
24	W.Br.	23	105
28	M.N.	17	105
29	M.Lg.	17	105
30	H.B.	19	110
32	W.P.	18	115
35	U.S.	18	75
36	V.B.	24	115
37	L.T.	24	115
38	G.Bg.	15	110
39	R.Sch.	21	105
43	G.R.	23	110
45	W.Pf.	24	115
46	M.B.	15	110
52	G.P.	24	110
54	W.L.	24	110
55	J.Ö.	17	110
58	B.M.	25	110

(2) Altersklasse b:

(26 - 50 Jahre)

lfd. Nr.	Name	Al- ter	IQ
4	H.R.	45	110
5	G.J.	41	105
8	W.K.	39	110
9	S.J.	33	100
10	Th.B.	47	110
11	E.St.	42	110
12	O.B.	33	90
13	W.Bl.	33	105
14	E.R.	49	105
17	St.L.	28	100
18	K.H.	44	100
21	J.L.	33	105
25	E.B.	41	110
26	G.M.	36	110
27	M.L.	48	110
31	W.G.	33	110
33	A.H.	34	100
34	M.M.	36	100
41	E.Br.	31	100
44	R.B.	41	80
47	H.Ba.	45	95
48	K.E.Th.	35	120
49	D.G.	27	115
50	H.K.	49	100
51	F.S.	29	105
53	O.S.	29	105
56	A.A.	40	100
57	J.Sch.	42	115

(3) Altersklasse c:

(51 - 65 Jahre)

lfd. Nr.	Name	Al- ter	IQ
6	W.Bi.	52	90
23	M.Nk.	54	90
42	G.K.	65	100
3	F.W.Sch.	56	115
40	M.R.	51	105

Tab. 6: Übersicht über die quantitativ-statistischen Werte in den Altersklassen

Altersklasse	a (15-25) (N = 25)		b (26-50) (N = 28)		c (51-65) (N = 5)	
Variable	IQ	Alter	IQ	Alter	IQ	Alter
Summe	2695	510	2925	1063	500	278
M	107,8	20,4	104,4	37,9	100,0	55,6
AD	6,24	2,94	5,70	5,82	8,0	3,92
Spannweite	45	10	40	22	25	14
	75-120	15-25	80-120	27-49	90-115	51-65

In der jüngeren Altersklasse a (bis 25 Jahre alt) finden sich insgesamt 25 Personen, 16 männliche und 9 weibliche. Das mittlere Alter liegt in dieser Klasse bei 20,4 Jahren, der mittlere Intelligenzquotient bei 107,8.

Der mittleren Altersklasse b (26 bis 50 Jahre alt) gehören insgesamt 28 Patienten an, 20 männliche und 8 weibliche. Das Durchschnittsalter liegt bei 37,9 Jahren, der mittlere Intelligenzquotient bei 104,4.

Über 50 Jahre alt (höhere Altersklasse c) sind nur 5 Patienten. Der älteste dieser Gruppe zählt 65 Lebensjahre, die restlichen 4 befinden sich im 6. Lebensjahrzehnt. Die Gruppe setzt sich aus 4 Männern und 1 Frau zusammen. Der mittlere Intelligenzquotient beträgt 100,0; das Durchschnittsalter liegt bei 55,6 Jahren.

2.) Intelligenzverteilung

a) Quantitativ-statistische Daten:

Im vorausgehenden Abschnitt sind in den Tabellen die den jeweiligen Patienten zugeordneten Intelligenzquotienten bereits aufgeführt. Die folgende Tabelle bringt eine zusammenfassende Übersicht über die Intelligenzverteilung in der gesamten Untersuchungsgruppe sowie getrennt nach dem Geschlecht.

Tab. 7: Zusammenfassende Übersicht über die Intelligenzverteilung

	männlich (N = 40)	weiblich (N = 18)	gesamt (N = 58)
Summe	4280	1840	6120
M	107,7	102,2	105,5
AD	5,6	9,8	6,6
Spannweite	30	40	45
	90-120	75-115	75-120

Für die Gesamtgruppe errechnet sich ein durchschnittlicher Intelligenzquotient von 105,5. Die Spannweite beträgt 45 (75-120). Bei der männlichen Gruppe liegt der durchschnittliche Intelligenzquotient bei 107,7; in der weiblichen bei 102,2. Dort reicht die Spannweite von 90 bis 120 = 30, hier von 75 bis 115 = 40.

b) Gliederung nach Intelligenzklassen:

Der groben Intelligenzabhängigkeit des Defekttestes (vgl. W. KINZEL, Diss. 1971) entsprechend genügt die Gliederung

der Stichprobe in folgende 3 Intelligenzklassen (Methode: MWT nach S. LEHRL und Mitarb., 1971):

Intelligenzklasse A = überdurchschnittlich intelligent,
IQ > 110 (MWT - Rohpunkte 35 - 42),

Intelligenzklasse B = unterdurchschnittlich intelligent,
IQ < 90 (MWT - Rohpunkte 0 - 27),

Intelligenzklasse C = durchschnittlich intelligent,
IQ von 91 - 109 (MWT - Rohpunkte
 28 - 34).

Tab. 8: Zusammenstellung der den einzelnen Intelligenz-
 klassen zugehörigen Patienten

IQ - A: N = 27		IQ - B: N = 6		IQ - C: N = 25	
lfd.		lfd.		lfd.	
Nr.	Name	Nr.	Name	Nr.	Name
2	W.B.	1	K.Sch.	5	G.J.
3	F.W.Sch.	6	W.Bi.	7	H.G.E.
4	H.R.	12	O.B.	9	S.J.
8	W.K.	23	M.Nk.	13	W.Bl.
10	Th.B.	35	U.S.	14	E.R.
11	E.St.	44	R.B.	15	P.H.
20	G.S.			16	J.B.
22	G.B.			17	St.L.
25	E.B.			18	K.H.
26	G.M.			19	H.Re.
27	M.L.			21	J.L.
30	H.B.			24	W.Br.
31	W.G.			28	M.N.
32	W.P.			29	M.Ls.

Tab. 8: Fortsetzung

IQ - A: N = 27

lfd. Nr.	Name
36	V.B.
37	L.T.
38	G.Bg.
43	G.R.
45	W.Pf.
46	M.B.
48	K.E.Th.
49	D.G.
52	G.P.
54	W.L.
55	J.Ö.
57	J.Sch.
58	B.M.

IQ - C: N = 25

lfd. Nr.	Name
33	A.H.
34	M.M.
39	R.Sch.
40	M.R.
41	E.Br.
42	G.K.
47	H.Ba.
50	H.K.
51	F.S.
53	O.S.
56	A.A.

(1) Geschlechtsverteilung in den Intelligenzklassen A
(überdurchschnittlich intelligent) und C (durch-
schnittlich intelligent):

Die Männer und Frauen der Untersuchungsgruppe verteilen sich
wie folgt auf die 3 Intelligenzklassen:

	männlich	weiblich	gesamt
IQ - A:	19	8	27
IQ - B:	2	4	6
IQ - C:	19	6	25

Tab. 9: Männliche Patientengruppe

IQ - A männlich: N = 19

lfd. Nr.	Name	Al- ter	IQ
2	W.B.	21	120
3	F.W.Sch.	56	115
4	H.R.	45	110
8	W.K.	39	110
10	Th.B.	47	110
20	G.S.	24	115
22	G.B.	18	120
25	E.B.	41	110
26	G.M.	36	110
27	M.L.	48	110
31	W.G.	33	110
32	W.P.	18	115
37	L.T.	24	115
38	G.Bg.	15	110
43	G.R.	23	110
45	W.Pf.	24	115
46	M.B.	15	110
48	K.E.Th.	35	120
54	W.L.	24	110
Summe		586	2145
M		30,6	112,8
AD		10,8	3,3
Spannweite		41	15
		15-56	105-120

IQ - C männlich: N = 19

lfd. Nr.	Name	Al- ter	IQ
5	G.J.	41	105
7	H.G.E.	20	105
9	S.J.	33	100
13	W.Bl.	33	105
14	E.R.	49	105
15	P.H.	17	105
17	St.L.	28	100
18	K.H.	44	100
19	H.Re.	24	105
21	J.L.	33	105
24	W.Br.	23	105
28	M.N.	17	105
33	A.H.	34	100
39	R.Sch.	21	105
42	G.K.	65	100
47	H.Ba.	45	95
50	H.K.	49	100
51	F.S.	29	105
53	O.S.	29	105
Summe		624	1955
M		32,8	102,8
AD		9,7	2,6
Spannweite		48	19
		17-65	95-105

Tab. 10: Weibliche Patientengruppe

IQ - A_{weiblich}: N = 8

IQ - C_{weiblich}: N = 6

lfd. Nr.	Name	Al- ter	IQ	lfd. Nr.	Name	Al- ter	IQ
11	E.St.	42	110	16	J.B.	21	105
30	H.B.	19	110	29	M.Lg.	17	105
36	V.B.	24	115	34	M.M.	36	100
49	D.G.	27	115	40	M.R.	51	105
52	G.P.	24	110	41	E.Br.	31	100
55	J.Ö.	17	110	56	A.A.	40	100
57	J.Sch.	42	115				
58	B.M.	25	110				
Summe		220	895	Summe		196	615
M		27,5	111,8	M		32,6	102,5
AD		7,2	2,3	AD		9,6	2,5
Spannweite		25	5	Spannweite		34	5
		17-42	110-115			17-51	100-105

Die männliche Gruppe in der Intelligenzklasse A (überdurchschnittlich intelligent) ist durchschnittlich 30,6 Jahre alt (Spannweite 15 - 56 Jahre), in der Intelligenzklasse C (durchschnittlich intelligent) 32,8 Jahre (Spannweite 17 bis 65 Jahre). Die Frauen der Intelligenzklasse A (überdurchschnittlich intelligent) weisen ein mittleres Alter von 27,5 Jahren auf (Spannweite 17 bis 42 Jahre), sind also im Durchschnitt etwa 5 Jahre jünger als die Männer gleicher Intelligenz. Die Frauen der Intelligenzklasse C sind mit einem Durchschnittsalter von 32,6 Jahren (Spannweite 17 bis 51 Jahre) in etwa so alt wie die Männer der gleichen Intelligenzklasse.

(2) Altersverteilung in den Intelligenzklassen A (überdurchschnittlich intelligent) und C (durchschnittlich intelligent):

Bei Untersuchung der Altersverteilung innerhalb der 3 Intelligenzklassen ergibt sich folgende Zuordnung:

Alters-	a		b		c	
klasse	(15-25)		(26-50)		(51-65)	
IQ-Klasse	m	w	m	w	m	w
A (> 110)	10	5	8	3	1	-
B (< 90)	-	2	-	2	2	-
C (91-109)	6	2	12	3	1	1

Tab. 11: Altersverteilung in der Intelligenzklasse A

Intelligenzklasse A (Überdurchschnittlich intelligent)

Altersklasse a		Altersklasse b		Altersklasse c	
lfd.		lfd.		lfd.	
Nr.	Name	Nr.	Name	Nr.	Name
2	W.B.	4	H.R.	3	F.W.Sch.
20	G.S.	8	W.K.		
22	G.B.	10	Th.B.		
30	H.B.	11	E.St.		
32	W.P.	25	E.B.		
36	V.B.	26	G.M.		
37	L.T.	27	M.L.		
38	G.Bg.	31	W.G.		
43	G.R.	48	K.E.Th.		
45	W.Pf.	49	D.G.		
46	M.B.	57	J.Sch.		
52	G.P.				
54	W.L.				
55	J.Ö.				
58	B.M.				

Die überdurchschnittlich intelligenten Patienten der Untersuchungsgruppe (insgesamt 27) verteilen sich zu je 15 auf die Altersklasse a (jüngeres Alter) und zu 11 auf die Altersklasse b (mittleres Alter); 1 Patient ist über 50 Jahre alt und gehört der Altersklasse c (höheres Alter) an.

In der Altersklasse a finden sich 10 Männer und 5 Frauen, in der Altersklasse b 8 Männer und 3 Frauen, zur Altersklasse c gehört 1 überdurchschnittlich intelligenter Mann.

Tab. 12: Altersverteilung in der Intelligenzklasse C

Intelligenzklasse C (durchschnittlich intelligent)

Altersklasse a		Altersklasse b		Altersklasse c	
lfd.		lfd.		lfd.	
Nr.	Name	Nr.	Name	Nr.	Name
7	H.G.E.	5	G.J.	40	M.R.
15	P.H.	9	S.J.	42	G.K.
16	J.B.	13	W.Bl.		
19	H.Re.	14	E.R.		
24	W.Br.	17	St.L.		
28	M.N.	18	K.H.		
29	M.Lg.	21	J.L.		
39	R.Sch.	33	A.H.		
		34	M.M.		
		41	E.Br.		
		47	H.Ba.		
		50	H.K.		
		51	F.S.		
		53	O.S.		
		56	A.A.		

Die insgesamt 25 durchschnittlich intelligenten Patienten verteilen sich zu je 8 auf die Altersklasse a (jüngeres Alter), zu je 15 auf die Altersklasse b (mittleres Alter) und zu je 2 auf die Altersklasse c (höheres Alter). Davon finden sich 6 Männer und 2 Frauen in der Klasse jüngeren Alters, 12 Männer und 3 Frauen in der mittleren Altersklasse und 1 Mann und 1 Frau in der Klasse höheren Alters.

III. METHODIK

=====

Die vorliegende Untersuchung wurde mit dem von W. KINZEL (Diss. 1971) entwickelten Defektttest durchgeführt. Dieser ermöglicht die quantitative Erfassung der nicht mehr rückbildungsfähigen psychischen Veränderungen nach Hirnkontusion.

Der Defektttest enthält als Batterie folgende Bestandteile: er ist aufgebaut aus 4 Verfahren, die wiederum insgesamt 8 Einzelvariable enthalten. Diese differenzieren signifikant - jede für sich - zwischen gesunden Personen und solchen, die mehr als zwei Jahre zuvor eine Hirnkontusion erlitten haben (W. KINZEL, Diss. 1971).

A. Verfahrensmethoden des Testapparates

=====

Die 8 Einzelvariablen der Testbatterie verteilen sich wie folgt auf die 4 Verfahren:

1. Fragebogen

Er nimmt mit 4 Variablen den größeren Teil des Gesamt-Testverfahrens ein und beinhaltet die Variablen Vegetativum (Kürzel: VEG), Simulation (Kürzel: SIM), Wesensänderung (Kürzel: WÄ) und Dissimulation (Kürzel: DISS). In der Intelligenzklasse B (unterdurchschnittlich begabte Personen) tritt anstelle der Meßgröße DISS die Variable Durchgangssyndrom (Kürzel: DS).

2. Projektiver Test

Er beinhaltet die Variablen Bilderbeurteilung (Kürzel: BB) und Unentschieden - Wahlen (Kürzel: UW).

3. Gestaltungstest

Als Variable gelten hier Anzahl und Qualität der zu Ende geführten vorgegebenen Zeichen (Kürzel: GT).

4. Schnelligkeits- und Konzentrationstest

Diese Variable (Kürzel: ST) wird gebildet aus der Anzahl der richtig angestrichenen Ziffern, Buchstaben und deren Kombinationen.

B. Die Einzelvariablen der Testbatterie

=====

Zu Beginn des Testverfahrens steht ein Fragebogen, der insgesamt 66 gezielte Behauptungen (Items) mit verschiedenen Beantwortungsmöglichkeiten bietet. Hier soll der Patient Stellung nehmen zur eigenen Person hinsichtlich seiner vegetativen Funktionstüchtigkeit (Var. VEG), seines affektiven und sozialen Verhaltens sowie seiner emotionalen Zuständigkeit (Var. WÄ). Eingestreut sind simulative (Var. SIM) und dissimulative Aussagen (Var. DISS). 51 dieser "Fragen zur Person und ihrer Befindlichkeit" beziehen sich in unterschiedlicher Verteilung auf die Variablen VEG, SIM, WÄ und DISS; die übrigen 15 gehören zur Meßgröße Durchgangssyndrom (Var. DS). Diese Variable kommt nur in der Gruppe der unterdurchschnittlich intelligenten Patienten (Intelligenzklasse B) zur Anwendung; in dieser Intelligenzklasse fällt dann die Variable DISS weg.

1. Variable Vegetativum (VEG)

Durch die Beantwortung von insgesamt 20 Items soll der Patient Aufschluß geben über Art und Grad seiner vegetativen Regulationsstörungen.

2. Variable Simulation (SIM)

Anhand 15 gezielter Behauptungen (Items) wird die Tendenz zur "Verfälschung" von statistisch normativer Unauffälligkeit über hypochondrische Varianten bis zum bewußten Betrug gemessen.

3. Variable Wesensänderung (WÄ)

12 Items sollen Veränderungen im affektiven und sozialen Verhalten des Patienten aufdecken, insbesondere in seinen Umweltbeziehungen, in seiner Eigeninitiative und Aktivität.

4. Variable Dissimulation (DISS)

Im Rahmen der Angaben zur eigenen Person soll durch 4 Fragen der Grad der Verharmlosung von seelischen Zuständlichkeiten geklärt werden.

Auf einem Anweisungsblatt werden diese 66 Items zum Lesen vorgelegt. In Einzelfällen (Sehschwäche, Kopfschmerzen, geringe Intelligenz u.ä.) liest der Testleiter die Aussagen, zu denen der Patient Stellung beziehen soll, langsam vor und trägt auch das Antwortkreuz selbst ein. Auf dem Antwortblatt stehen dem Patienten zur Bearbeitung des einzelnen Items jeweils 5 Möglichkeiten zur Verfügung. Diese reichen von totaler Bejahung bis zur gänzlichen Ablehnung des Behaupteten; dabei stehen 3 Zwischenstufen zur Verfügung:

volle Be-
jahung

3 Zwischen-
stufen

volle Ab-
lehnung

JA, das
stimmt genau

das stimmt
ZIEMLICH

WEISS NICHT,
ob es stimmt

das stimmt
KAUM

NEIN, das
stimmt nicht

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

1. 0

0

0

0

0

2. 0

0

0

0

0

usw.

In diesem Antwortschema muß der Patient in einem der Kreise unter den Ziffern (1) bis (5) ein Kreuzzeichen anbringen.

Im Auswertungsverfahren geschieht die Ermittlung der Rohpunkte (RP) mit Hilfe einer Schablone, wobei dem Patienten das Erkennen des Auswertungsschemas infolge des besonderen Verschlüsselungssystems nicht möglich ist.

Die Rohpunkte (RP) sind definiert als Abweichungspunkte von der ideellen Norm. Ein Wert von 0 Abweichungspunkten (RP) entspricht demzufolge der ideellen Norm. Da insgesamt 5 Entscheidungsmöglichkeiten gegeben sind, können in jeder Aufgabe maximal 4 Rohpunkte (0 bis 4 RP) erzielt werden. Bei den 20 Items der Variablen VEG sind also Werte von 0 bis maximal 80 Rohpunkten erreichbar, für die Variable SIM bei 15 Items Werte zwischen 0 und 60 Rohpunkten. Für die Variable WÄ (12 Items) erstreckt sich der mögliche Bereich erzielbarer Rohpunkte von 0 bis 48, für die Variable DISS (4 Items) von 0 bis 16.

Um den Vergleich der Werte innerhalb der einzelnen Variablen zu ermöglichen, wurden die Rohpunktergebnisse standardisiert und in ein System von jeweils 0 bis 20 Wertpunkten (WP) transformiert. Der Wert 0 entspricht hier der ideellen Norm (keinerlei Ausfälle), der Wert 20 der höchst möglichen Störung. Die Mittelwerte der Normalgruppe (gesunde Kontrollgruppe) liegen in allen Subtests um 4 WP, die der Patienten mit psychischem Spätsyndrom nach Hirnkontusion um 8 WP, wobei auch die Spannweite in der Krankengruppe ausnahmslos größer ist (vgl. W. KINZEL, 1972).

Die Items (Aussagen) des Fragebogens sind in der folgenden Zusammenstellung aufgeführt:

Blatt A, Seite 1

(Die jedem Item zugehörige Variable ist zur Orientierung am Rande vermerkt.)

1. Ich leide stark unter Kopfschmerzen. (VEG)
2. Alle meine Bekannten meinen, daß es noch eine lange Zeit der Erholung bedarf, bis ich wieder voll ein-satzfähig bin. (SIM)
3. Ich habe festgestellt, daß bei mir auf den klei-nsten Ärger ein langer Schüttelanfall folgt. (SIM)
4. Bücken bekommt mir ganz besonders schlecht. (VEG)
5. Mir bricht des öfteren plötzlich der Schweiß aus. (VEG)

6. Ich schlafe schnell ein. (VEG)
7. Mein Geruchssinn ist gestört. (VEG)
8. Früher konnte ich alle Farben gut unterscheiden, jetzt aber erkenne ich vor allem braun und gelb nur schwer. (SIM)
9. Ich darf mich nicht anstrengen. (VEG)
10. Seit einiger Zeit habe ich bemerkt, daß mich frische Luft nicht munter, sondern im Gegen-teil schläfrig macht. (SIM)

11. Ich kann noch genau so gut hören wie früher. (VEG)
12. Lärm vertrage ich ohne weiteres. (VEG)
13. Mir wird leicht schwindelig. (VEG)
14. Jetzt macht mir die kleinste Wunde schon sehr viel zu schaffen, weil sie viel langsamer verheilt als früher. (SIM)
15. Alkohol bekommt mir schlecht. (VEG)

16. Ich habe Angst, mich aus dem Fenster zu lehnen, - und sei es auch nur ein ganz kleines Stück. (SIM)
17. Beim Gehen schwanke ich in der Regel. (VEG)
18. Ich habe jetzt viel öfter als früher Schluck-störungen. (SIM)
19. Ich nehme jetzt viel mehr Flüssigkeit zu mir als vorher. (VEG)
20. Nach einem mehr als halbstündigen Spaziergang bin ich stets todmüde. (SIM)

- | | |
|---|-------|
| 21. Ab und zu fühle ich ein starkes Pochen in den Ellenbogen- und Kniegelenken. | (SIM) |
| 22. Gegen Kalkgeruch bin ich jetzt überempfindlich. | (SIM) |
| 23. Kalte Getränke bekommen mir neuerdings besser als warme. | (SIM) |
| 24. Oft bin ich so zappelig, daß mir alles aus den Händen fällt. | (VEG) |
| 25. Jede Art von Mineralwasser ist für mich unheimlich. | (SIM) |
-

Blatt A, Seite 2

- | | |
|--|-------|
| 26. Mein Geschmacksinn ist nach wie vor in Ordnung. | (VEG) |
| 27. Ich bin frei von Anfällen. | (VEG) |
| 28. Ich lese noch genau so gern und genau so viel wie früher. | (VEG) |
| 29. Meine Füße sind jetzt schmerzempfindlicher als vorher. | (SIM) |
| 30. Wenn ich lange in den Spiegel sehe, werde ich schwindelig. | (SIM) |
-
- | | |
|---|-------|
| 31. Hefeteig ist für mich jetzt ungenießbar. | (SIM) |
| 32. Sehr oft tut mir alles weh. | (VEG) |
| 33. Bei Wetterumschlägen geht es mir ganz besonders schlecht. | (VEG) |
| 34. Mir wird des Öfteren übel. | (VEG) |
| 35. In manchen Organen fehlt mir jetzt das rechte Gefühl. | (VEG) |
-

Blatt B, Seite 3

(Bei diesen Aussagen handelt es sich durchwegs um Items der Variablen DS; diese kommt nur bei der Gruppe der unterdurchschnittlich intelligenten Patienten zur Anwendung.)

1. Ich vergesse von Augenblick zu Augenblick, was ich eben noch tun wollte. (DS)
 2. Ich brauche ein Vielfaches der früher benötigten Zeit, um die einfachsten Dinge zu erledigen. (DS)
 3. Bei jeder Tätigkeit, die ich jetzt verrichte, unterlaufen mir eine Menge Fehler. (DS)
 4. Es mißlingt mir völlig, mich zu konzentrieren. (DS)
 5. Den Vorgängen um mich herum kann ich nur sehr wenig Interesse abgewinnen. (DS)
-
6. Manchmal bin ich über Stunden hinweg unfähig, auch nur einen klaren Gedanken zu fassen. (DS)
 7. Meine Zerstretheit ist so groß, daß ich in der Regel selbst die einfachsten Aufträge falsch ausführe. (DS)
 8. Vieles, was ich früher unmittelbar begriff, kann ich heute mit dem besten Willen nicht mehr erfassen. (DS)
 9. Manchmal erkenne ich die einfachsten Gegenstände nicht wieder. (DS)
 10. Ab und zu setzt mein Gedächtnis dermaßen aus, daß ich mich an nichts mehr recht erinnern kann. (DS)
-
11. Zeitweise bin ich so gestört, daß ich nicht mehr weiß, wo ich mich befinde. (DS)
 12. Ich habe im wesentlichen nur einen Wunsch: von allem und jedem in Ruhe gelassen zu werden. (DS)
 13. Oft verschätze ich mich um viele Stunden, wenn ich die Uhrzeit angeben soll. (DS)
 14. Zeitweise ist mir die Zunge so schwer, daß ich mich gar nicht recht verständlich machen kann. (DS)
 15. Ich habe große Schwierigkeiten, die Worte für die einfachsten Dinge (wie z.B. Löffel, Fenster, Haus usw.) zu finden. (DS)

Blatt C, Seite 4

1. Zeitweise bin ich sehr gereizt. (WÄ)
 2. Ich kann mich noch gut konzentrieren. (WÄ)
 3. Die anderen Leute interessieren mich sehr. (WÄ)
 4. Aus eigenem Antrieb mache ich nichts mehr. (WÄ)
 5. Ich entscheide mich noch genau so schnell wie früher. (WÄ)
-
6. Jede Form von Nervosität ist mir unbekannt. (DISS)
 7. Früher habe ich mir mehr zugetraut als jetzt. (WÄ)
 8. Ich bin jetzt viel gleichgültiger als früher, andererseits aber regen mich Dinge auf, die mich vorher kalt gelassen haben. (WÄ)
 9. Ich bin noch genau so ruhig wie früher. (WÄ)
 10. Ich lege noch genau so viel Wert auf mein Äußeres wie früher. (WÄ)
-
11. Mir macht weder Hitze noch Kälte etwas aus. (DISS)
 12. Ich bin ganz furchtlos. (DISS)
 13. Ich bin entweder niedergedrückt oder außerordentlich heiter. Es fehlt mir die rechte Ausgeglichenheit. (WÄ)
 14. Es tut mir gut, vieles selbst und ganz eigenständig in Angriff nehmen zu können. (WÄ)
 15. Ich lasse mich durch nichts von meiner guten Stimmung abhalten. (DISS)
-
16. Früher fiel es mir bedeutend leichter, Entscheidungen zu treffen. (WÄ)

Den zweiten Teil der Testbatterie bildet ein projektives Verfahren (PT), welches 2 weitere Testvariablen prüft:

1. Variable Bilderbeurteilung (BB)

Anhand der Vorlage von 4 bis 5 in Portraitform abgebildeten Personen soll deren körperliches und seelisches Zustandsbild im Rahmen eines vorgegebenen Polaritätenschemas eingeschätzt werden.

2. Variable Unentschieden - Wahlen (UW)

Anhand der Möglichkeit, bei den Gegensatzpaaren des Polaritätenschemas nicht eindeutig Stellung beziehen zu müssen, wird das Ausmaß der Entscheidungsfähigkeit und -willigkeit beurteilt.

Der angebotene Testbogen enthält insgesamt 36 polare Itempaare, die sich in 3 Gruppen zu je 12 Aufgaben gliedern lassen (vgl. Abb. 1):

1. Beurteilung der körperlichen Verfassung der gezeigten Personen in 12 Gegensatzpaaren, z.B. "stark - schwach", "krank - gesund" oder "unversehrt - angeschlagen".
2. Beurteilung des seelischen Zustandes in weiteren 12 Gegensatzpaaren, z.B. "fröhlich - traurig", "beherrscht - unbeherrscht" oder "glücklich - unglücklich".
3. Beurteilung des Verhältnisses zu Arbeit und Leistung in ebenfalls 12 Gegensatzpaaren, z.B. "leistungsfähig - bringt nichts zustande", "kommt vorwärts - bringt es zu nichts" oder "schafft planvoll - schafft planlos".

Am linken Rand des zu bearbeitenden Testbogens finden sich die im Sinne der ideellen Norm positiven Zustandsformen, Eigenschaften und Verhaltensweisen, am rechten Rand die korrespondierenden negativen Gegensätze.

Abb. 1: Polaritätenschema
(Muster eines Testbogens des PT)

		sehr	ziemlich	unbestimmt	ziemlich	sehr	Bild	
		4	3	2	1	0		
1.	stark	0	---	0	---	0	schwach	1
2.	schnell	0	---	0	---	0	langsam	2
3.	gesund	0	---	0	---	0	krank	3
4.	hart	0	---	0	---	0	weich	4
5.	frei von Schmerzen	0	---	0	---	0	leidend	5
6.	unverwüstlich	0	---	0	---	0	rasch verbraucht	6
7.	beweglich	0	---	0	---	0	starr	7
8.	nicht klein zu kriegen	0	---	0	---	0	gibt schnell auf	8
9.	braucht niemanden	0	---	0	---	0	auf Hilfe angewiesen	9
10.	unversehrt	0	---	0	---	0	angeschlagen	10
11.	sportlich	0	---	0	---	0	unsportlich	11
12.	unempfindlich	0	---	0	---	0	empfindlich	12
13.	fröhlich	0	---	0	---	0	traurig	13
14.	ruhig	0	---	0	---	0	aufgeregt	14
15.	freundlich	0	---	0	---	0	abweisend	15
16.	erfolgreich	0	---	0	---	0	erfolglos	16
17.	beherrscht	0	---	0	---	0	unbeherrscht	17
18.	unternehm- erisch	0	---	0	---	0	lahm	18
19.	glücklich	0	---	0	---	0	unglücklich	19
20.	nachsichtig	0	---	0	---	0	nimmt leicht übel	20
21.	selbstsicher	0	---	0	---	0	selbstunsicher	21
22.	interessiert	0	---	0	---	0	uninteressiert	22
23.	reißt sich zusammen	0	---	0	---	0	läßt sich gehen	23
24.	geduldig	0	---	0	---	0	reizbar	24
25.	leistungsfähig	0	---	0	---	0	bringt nichts zu- stande	25
26.	wird um Rat gefragt	0	---	0	---	0	wird nicht um Rat gefragt	26
27.	hilft anderen	0	---	0	---	0	hat mit sich selbst zu tun	27
28.	immer tätig	0	---	0	---	0	macht viele Pausen	28
29.	kommt vorwärts	0	---	0	---	0	bringt es zu nichts	29
30.	Arbeit macht Freude	0	---	0	---	0	verrichtet Arbeit lustlos	30
31.	verdient viel	0	---	0	---	0	verdient wenig	31
32.	hat neue Ideen	0	---	0	---	0	fällt nichts ein	32
33.	schafft plan- voll	0	---	0	---	0	schafft planlos	33
34.	erfolgreich	0	---	0	---	0	erfolglos	34
35.	wird von Vor- gesetzten gelobt	0	---	0	---	0	wird von Vorge- setzten getadelt	35
36.	immer noch der alte	0	---	0	---	0	hat nachgelassen	36

Abb. 2: Portraits der im PT dargebotenen Personen



Bild a



Bild b



Bild c



Bild d



Bild e



Bild f



Bild g

Die Gegensatzpaare des projektiven Testverfahrens sind - ähnlich den Items des Fragebogens - in einer fünfstufigen Skala anzukreuzen, die vom positiven Pol im Sinne der ideellen Norm bis zu den negativen Eigenschaften und Verhaltensweisen im Sinne der größtmöglichen Abweichung von der ideellen Norm reicht.

Beispiel:

	positiver Pol (ideelle Norm)					negativer Pol
	sehr 4	ziemlich 3	unbestimmt 2	ziemlich 1	sehr 0	
1. stark	0-----0-----0-----0-----0					schwach
2. schnell	0-----0-----0-----0-----0					langsam
3. gesund	0-----0-----0-----0-----0					krank
usw.						

Die Testperson hat wiederum 5 Möglichkeiten, ein Kreuz in einen der Kreise unter einer bestimmten Skalenziffer zu setzen. Die Rohpunkte werden entsprechend dem Wert der Skalenziffer vergeben. Beurteilt die Testperson die als Portrait dargebotene Person als sehr gesund, so kreuzt sie in der Skala "sehr gesund" an und erwirbt damit in diesem Item 4 RP. Die Gesamtsumme der RP kann für jedes einzelne Portrait nur zwischen den Werten 0 (36 mal die Kolonne unter der Ziffer 0 angekreuzt) und 144 (36 mal die Kolonne unterhalb der Ziffer 4 angekreuzt) liegen.

Für die Berechnung der in der Variablen BB erzielten Rohpunkte wird die Summe der bei der Beurteilung der einzelnen Portraits gewonnenen Rohpunkte verwendet, für die Variable UW die absolute Häufigkeit der mittleren Skalenauswahl (Skalenziffer 2).

Der Berechnungsmodus der Rohpunkte unterscheidet sich in den verschiedenen Intelligenzklassen. Folgende Bilder werden dazu herangezogen:

	Variable BB	Variable UW
Intelligenzklasse A:	b, c, d, e;	a, b, c, e;
Intelligenzklasse B:	c, g;	c, d, e, f;
Intelligenzklasse C:	a, c, g;	e, g.

Den dritten Teil der Testbatterie bildet eine Gestaltungsprobe, die in ihrem Aufbau dem WARTEGG-Zeichentest ähnlich ist. In 10 Kästchen sind einfache Zeichen vorgegeben, die jeweils beliebig zu einer Gesamtfigur ergänzt werden sollen. Der Gestaltungstest (Variable GT) soll ein Maß für die Produktivität und den Einfallsreichtum des Patienten sein (Abb. 3).

Für ein vollendetes und beschriftetes Zeichen erhält der Patient 5 RP, läßt es sich mit der Beschriftung identifizieren, so werden weitere 7 RP angerechnet. Bei Bildfülle, Reichtum an Details oder bei situativer Darstellung sind nochmals 10 Punkte zu vergeben. Im Falle einer einfachen Weiterführung des Zeichens oder bei bloßer Parallelität sowie bei lockerer Perseveration werden 4 Punkte abgezogen. Alle Kriterien dieses Bewertungsmodus sind hinreichend genau definiert.

Im letzten Teil der Batterie, dem Schnelligkeits- oder Konzentrationstest (Variable ST), sollen Leistungsminierungen bei Anforderungen an Konzentrations-, Kombinations- und Assoziationsfähigkeit gemessen werden. Auf einem Bearbeitungsbogen (Abb. 4) hat die Testperson ganz

bestimmte Ziffern, Buchstaben und deren Kombinationen durchzustreichen. Dies soll in zwei Abschnitten geschehen, wobei einmal ohne Fremdantrieb und ohne Zeitdruck gearbeitet wird, danach aber mit Zeitdruck und Fremdantrieb. Nach jeweils 2 1/2 Minuten wird abgebrochen. Die Gesamtzahl der richtig durchgestrichenen Ziffern und Buchstaben ergibt die Summe der Rohpunkte. Diese werden wie bei den anderen Subtests in Wertpunkte transformiert, wobei im Schnelligkeitsverfahren sinngemäß hohe Rohpunktergebnisse zu niedrigen Wertpunkten führen.

An dieser Stelle soll noch auf den bereits erwähnten MWT (Mehrfach-Wortwahl-Test, S. LEHRL und Mitarbeiter, 1971) eingegangen werden. Es handelt sich hierbei um eine Abwandlung des HAWIE-Wortschatztestes in Form eines Kurzverfahrens zur Messung der Intelligenz Erwachsener. Die Einführung eines Intelligenztestes in die Testbatterie des Defekttestes - möglichst in Kurzform - wurde notwendig, da das Testverfahren bis zu einem gewissen Grade von der "Ausgangsentelligenz" vor der Hirnkontusion abhängig ist.

Im MWT sind die Wörter des HAWIE-Wortschatztestes jeweils zwischen 4 ähnlich klingende, aber sinnlose Buchstabenkomplexe gestellt, z.B.

"Apfer - Lapfe - Apper - Apfel - Pafel".

Der MWT enthält 42 Zeilen mit je 5 Buchstabengruppen. Die Aufgabe der Testperson besteht darin, das "richtige Wort" aus der Gruppe der 4 sinnlosen Wörter zu finden und anzu- streichen. Die kurze Durchführungszeit und Auswertungsdauer sowie die Alters- und Krankheitsunabhängigkeit machen den MWT zu einem idealen Zusatzverfahren.

Abb. 3: Bearbeitungsbogen des Gestaltungstestes (GT)



Abb. 4: Bearbeitungsbogen des Schnelligkeitstestes (ST)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Die Ziffer 4 ausstreichen!	Den Buchstaben K ausstreichen!	Alle 1L, 7H, 3A, 2K ausstreichen!	Alle Zeichen, die mit KX, VZ u. PL beginnen und mit einer Zahl, die größer als 4 ist, enden, ausstreichen!	Alle Zeichen, die mit 3, 8 oder 9 beginnen, mit X, B oder H weiter geführt werden und mit L5, D3 u. Z9 enden, aus- streichen!
6	K	8G	FY 1	8 A G7
1	Y	9G	ZK 7	8 B Z9
4	Z	3A	PL 2	3 X L4
3	A	7H	VZ 5	1 F D3
2	F	2K	KX 9	3 H Z9
2	G	1L	KX 7	9 X L5
4	B	1P	PL 3	9 H A1
5	K	1L	LA 6	8 B D3
3	M	5G	PL 7	7 D L4
2	Z	9F	PL 8	3 H D3
1	P	4B	KX 1	1 F L5
6	K	2K	RE 7	8 B X8
7	G	9A	VZ 7	6 F C4
8	Y	3A	HX 3	9 B D3
4	D	7Y	PL 6	8 B D3
9	K	8F	AS 9	3 X D3
5	P	4Z	KX 8	2 H D3
1	D	9P	VZ 8	8 X L5
4	A	8D	VZ 7	3 L Z9
7	K	7H	LP 1	8 H Z9

IV. KASUISTIK

=====

Aus der Vielzahl der durchgeführten Untersuchungen sollen einige herausgegriffen werden, deren Beispiel Einblick in den Testablauf und die Verhaltensweisen der Patienten geben mag.

A. Fall 1

=====

Patient M.L., 48 Jahre alt;

Beruf: Krankenpfleger, Werkssanitäter;

Diagnose: abnorme Persönlichkeit, Polytoxikomanie und
Alkoholabusus.

Stationärer Aufenthalt vom 16.2. - 11.5.71;

getestet am 30.4.71, Testblatt-Nr. 27,

Archiv-Nr. VIII - 288.

Vorgeschichte:

Der Patient kam am 16.2.1971 in der Psychiatrischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg zur stationären Aufnahme. Anlaß sei das plötzliche Auftreten einer nicht mehr zu ertragenden inneren Unruhe gewesen, in deren Folge der Patient nicht mehr habe arbeiten können. Nachdem er trotz Einnehmens eines Schlafmittels zu Hause keine Ruhe habe finden können, sei er zu seinem behandelnden Nervenfacharzt gegangen und habe um stationäre Einweisung gebeten.

Zur Eigenanamnese berichtet der Patient, daß er sich bereits seit zehn Jahren in nervenfachärztlicher Behandlung befinde. Er leide unter chronischer Schlaflosigkeit sowie

"furchtbarer innerer Unruhe", die ihn hauptsächlich während der Arbeit befall. Schon als Krankenpfleger habe er vor über 15 Jahren "kolossale Erschöpfungszustände und Depressionen" gehabt; jetzt habe er als Werkssanitäter einen "Faulenzerjob". Trotzdem könne er seinen Aufgaben nur unter Aufwendung "eiserner Energie" und mit "Aufputschtabletten" gerecht werden. Gleichzeitig habe er die innere Unruhe immer bekämpfen müssen und sei so neben dem Gebrauch von Vesperax, Gelonida, Bellergal und ähnlichem auf eine Dosis von täglich bis zu 15 Adumbran gekommen. Des weiteren habe er bis zu 20 Kopfschmerztabletten pro Tag eingenommen. Beschafft habe er sich die Tabletten über zwei Krankenscheine beim Facharzt und beim Hausarzt, außerdem habe er im Werk Zugang zu allen Medikamenten. Die bestehende Herzschwäche habe er mit Alkohol therapiert, davon in 3 Tagen ca. eine Flasche Kognak sowie täglich mehrere Biere.

Die "schrecklichen Kopfschmerzen" führe er auf einen "Rheumatismus des Kleinhirnes" zurück; ein Tumor sei nach Ansicht seines Hausarztes ausgeschlossen.

Die Hauptschuld an den Beschwerden trage jedoch eine unglückliche Liebe zu einem Mädchen namens Renate, das er als 25-jähriger kennengelernt habe und bei der er sofort gewußt habe, dies sei die einzige Frau seines Lebens. Das Mädchen sei damals 13 Jahre alt gewesen. Er habe nie nähere Beziehungen zu ihr gehabt und ihre Gemeinsamkeit habe sich auf die Zugehörigkeit zum gleichen Glaubenszirkel beschränkt. Jahre später habe er ihr mehrmals einen Heiratsantrag gemacht, sei jedoch stets abgewiesen worden. Nichtsdestoweniger sei er sich ganz sicher, daß er in diesem Punkt ganz konsequent bleiben und sich sein ganzes Leben für sie freihalten müsse.

Untersuchungsbefund:

Bei der körperlichen und neurologischen Untersuchung des Patienten fand sich kein Hinweis auf das Vorliegen einer organischen Erkrankung; insbesondere kein Anhalt für ein hirnnorganisches Geschehen.

Im psychopathologischen Bereich bot der 47-jährige, bewußtseinsklare und allseits orientierte Patient ein deutlich auffälliges Bild. In Mimik und Gestik ausdrucksstark, berichtet er mit teils lachendem Gesicht von seinen "schrecklichen Depressionen und Zuständen", erzählt wortreich jedem, der es hören möchte, von seiner unglücklichen Liebe. Die Stimmungslage erscheint eher nahezu hyperthym angehoben, der Patient wirkt hochgradig kritikgestört. Formale oder inhaltliche Denkstörungen im Sinne psychotischer Symptomatik sowie Wahrnehmungsstörungen im Sinne abnormer Erlebnisweisen waren nicht nachweisbar.

Diagnostisch wurde das Vorliegen einer abnormen Persönlichkeitsstruktur angenommen, auf deren Basis sich Polytoxikomanie und chronischer Alkoholabusus entwickelt hatten.

Testverlauf:

Zum Zeitpunkt der Testuntersuchung befand sich der Patient bereits zwei Monate in stationärer Behandlung. Die körperlichen Folgen des Medikamenten- und Alkoholmißbrauches sind abgeklungen, geblieben sei nach Angabe des Patienten das "seelische Problem, das Gefühl der Einsamkeit und Verlassenheit". Der Patient macht den Eindruck eines überangepaßten Kranken, der sich "fast allzu ruhig und zu einsichtig" verhält, der sich seiner "Schuld" bewußt ist. Mit leiser, an Verständnis und Mitgefühl appellierender Stimme schildert er stets neu die "Qual der inneren Unruhe", in welcher er Ursache und steten Anlaß seiner Alkohol- und Tablettenabhängigkeit sieht.

Nach einem kurzen einleitenden Gespräch beginnt die Testuntersuchung mit der Vorlage des MWT, der die Bestimmung des krankheitsunabhängigen Intelligenzquotienten erlaubt; damit wird die Zuordnung zu einer der 3 Intelligenzklassen ermöglicht. Nur einige Wortgruppen, besonders Fremdwörter, bereiten dem Patienten Schwierigkeiten. Trotz des Hinweises, in Zweifelsfällen auch raten zu dürfen, verzichtet er bei den Items mit den Nummern 38, 40 und 42 auf das Anstreichen und versieht diese stattdessen mit einem Fragezeichen. Mit 37 richtigen Antworten von 42 möglichen erreicht er einen IQ von 110. Der Patient wird somit der Intelligenzklasse A (überdurchschnittlich begabt) zugeordnet.

Zum ersten Abschnitt des Defekttestes, dem Fragebogen, wird dem Patienten erklärt, daß er in der folgenden Aufgabe Stellung beziehen solle zu Behauptungen, die sich auf seinen körperlichen und seelischen Zustand beziehen. Dabei sollte er sich nach dem vorgegebenen Beantwortungsmodus richten, der ihm 5 Möglichkeiten von einer Bestätigung bis zur vollen Ablehnung der Behauptung offen lasse. Bei Item Nr. 1 ("Ich leide stark unter Kopfschmerzen") kreuzt der Patient an bei der Kategorie: "Nein, das stimmt nicht". Hier steht er in deutlichem Widerspruch zu seinen anamnestischen Angaben. Dies fällt ihm sofort auch selbst auf, wo er doch gerade erst Kopfschmerzen als Ursache des Tablettenmißbrauches angegeben hat, und er versucht spontan, seine vorherigen Angaben abzuschwächen. Zwar habe er Kopfschmerzen gehabt, aber nur manchmal, wie es auch bei anderen Menschen sei. Außerdem habe er die Medikamente auch aus Gründen des allgemeinen Unwohlseins, der depressiven Verstimmungen und der Schlaflosigkeit eingenommen und verschrieben erhalten. Dabei übergeht er, daß er mehrere Ärzte aufgesucht hatte, um sich die benötigten Präparate zu beschaffen, des weiteren als Werkssanitäter jederzeit Zugang zum Apothekenschrank hatte. Zu Beginn mögen echte vegetative Beschwerden einen ärztlich veranlaßten Gebrauch von Schmerzmitteln bedingt

haben, der weitere Verlauf der Abhängigkeit bereits über mehrere Jahre zeigt aber, daß für den Patienten immer mehr die konfliktdämpfende Wirkung und nicht die Bekämpfung echter Beschwerden in den Vordergrund gerückt ist. Von hier aus leitet der Patient sofort über zu seiner "Leidensgeschichte" und benützt die Gelegenheit, von einer "enttäuschten Liebe", einem "Mädchen, das ihn nicht wollte", zu berichten. Nachdem der Patient so im Anschluß an die erste Aufgabe des Fragebogens die Bearbeitung des Testes selbst unterbrochen hat - Ausführungen, Erklärungen und Stellungnahmen, die über das notwendige Maß an Erläuterung der formalen Testdurchführung hinausgehen, sollen von seiten des Testleiters unterbleiben -, versucht der Testleiter auf die Situation des Patienten einzugehen, wobei die bereits im Rahmen der Vorgeschichte aus dem Krankenblatt bekanntgewordenen Probleme erneut geschildert werden. Seit seiner großen Liebe, die ihn verschmäht habe, habe er keine Beziehungen mehr zu Frauen gehabt. Das Onanieren bereite ihm schwere Gewissensbisse, weil er als gläubiger Mensch dies nicht mit seiner Überzeugung vereinbaren könne. Als der beruhigende Effekt, die momentane Eindämmung des Gefühls der Verlassenheit und der Vereinsamung trotz Steigerung des Tablettenkonsums nicht mehr erreicht werden können, habe er den Alkohol dazugenommen.

Nach diesem Exkurs in die persönliche Problematik, die zur stationären Aufnahme geführt hatte, kehrt der Patient zu seiner eigentlichen Aufgabe in der Bearbeitung des Fragebogens zurück, wobei er trotz des offensichtlichen Widerspruches zu früheren Angaben das einmal gesetzte Zeichen bei Item Nr. 1 nicht mehr ändert. Bei Item Nr. 2 ("Alle meine Bekannten meinen, daß es noch eine lange Zeit der Erholung bedarf, bis ich wieder voll einsatzfähig bin") betont er, daß neben seinen Bekannten besonders er selbst der Meinung sei, daß er nach so langer Krankheit viel Zeit brauchen werde, um wieder voll leistungsfähig zu sein. Die Behauptung in Item Nr. 6 ("Ich schlafe schnell ein") lehnt er

völlig ab und verweist nochmals darauf, daß gerade auch die Schlafstörungen "Anfang des ganzen Übels" gewesen seien. Weil er sich "alle möglichen Gedanken" gemacht habe, habe er oft gar nicht einschlafen können. Die Enttäuschung seiner großen Liebe ("die oder keine") erwähnt der Patient immer wieder eindringlich und versucht daraus abzuleiten, wie er das "Gefühl der Einsamkeit", die "Phasen von Depressionen, Minderwertigkeitsgefühlen und Zweifel" im Alkohol zu ertränken suchte. Dieses "psychische Trauma der Abweisungen" müsse im "richtigen Licht" als Ursache seiner Krankheit betrachtet werden. Bis auf die Angabe einer "gewissen Wetterabhängigkeit" (Item Nr. 33), die das Auftreten depressiver Stimmungen bedinge, verneint er die übrigen vegetativen Beschwerden. Im Fragebogen teil C nach der psychischen Verfassung und dem Leistungsverhalten befragt, glaubt der Patient, zwar mehr gereizt, weniger konzentriert, fahrig und unausgeglichen, mehr niedergeschlagen und gedrückt als früher zu sein, meint anderseits aber, ein Nachlassen von Leistungsfähigkeit und Entscheidungskraft nicht beobachtet zu haben.

Die Auswertung des Fragebogens ergibt für die Variable VEG 5 Wertpunkte (WP), für die Variable SIM 8 WP. In der Meßgröße WÄ werden 9 WP, in der Meßgröße DISS 0 WP erzielt. Infolge der oft ausgedehnten Kommentare, die der Patient abgab, beanspruchte der erste Teil der Testbatterie etwa eine dreiviertel Stunde.

Nach kurzer Erläuterung beginnt der Patient mit der Bearbeitung des Projektionstestes (PT). Er geht dabei so vor, daß er jedes der ihm vorgelegten Bilder in die Hand nimmt, es kurz betrachtet, dann weglegt und das Testblatt bearbeitet, ohne das Bild der zu beurteilenden Person nochmals anzusehen. Zu Bild a bemerkt er: "Ich sehe vor mir das Gesicht eines Negers mit vorgehaltenen Händen, depressiv mit Kopfschmerzen und meditierend in sich gekehrt. Er versucht

mit seinen Problemen fertig zu werden". In diesem Sinn fällt die Bearbeitung des Testblattes aus. Zwar hält der Patient den Neger für körperlich "sehr stark", "sehr schnell", "sehr gesund" und "sehr hart", auch noch für "sehr sportlich", dann aber steht für ihn das seelisch Kranke im Vordergrund und er beurteilt den Neger als "sehr leidend", was wie zur besonderen Betonung noch unterstrichen wird. Des weiteren hält er ihn für "sehr rasch verbraucht" und "sehr auf Hilfe angewiesen", "sehr angeschlagen" und "sehr empfindlich". Bei diesem leidenden Zustandsbild muß er "sehr traurig" und "sehr unglücklich" sein. Er könne sich aber auch "sehr zusammenreißen" und sei dann "sehr beherrscht". Dieser Schwarze sei zwar "sehr leistungsfähig", anderseits aber so belastet mit eigenen Problemen, habe "sehr mit sich selbst zu tun", so daß er es zu nichts bringe, "sehr erfolglos" sei und deshalb auch wenig verdiene. Zum Teil sei er selbst schuld daran, weil er "sehr planlos" handle.

Insgesamt fällt auf, daß der Patient nur Extrempositionen belegt, dabei 9 mal auf der positiven Seite und 27 mal auf der negativen (vgl. Abb. 5).

Im Gegensatz zu den "klaren" Entscheidungen zum 1. Bild scheint sich der Patient beim zweiten Portrait (b), das eine Frau zeigt, nicht sicher in der Beurteilung zu sein. So kreuzt er häufig unter der Kategorie "ziemlich" an, dabei im ersten Abschnitt (körperlicher Zustand) mehr die links stehenden, also positiveren Eigenschaften, im zweiten Abschnitt bei den seelischen Zustandsformen sind die mehr negativen Verhaltensweisen in der Überzahl. Das Leistungsverhalten wird durchgehend als ziemlich positiv gesehen. Seinen Gesamteindruck beschreibt er so: "Junge Witwe, viele traurige Lebensschicksale, von Leiden seelischer oder organischer Art gezeichnet, möchte herauskommen aus dem Dilemma oder der Misere und blickt mit

hoffnungsvoller, optimistischer Einstellung nach oben zu Gott".

Wiederum ziemlich eindeutig bezieht er bei den beiden folgenden Bildern c und d Stellung. Bei Bild c entscheidet er sich mit Ausnahme von "ziemlich stark", "sehr hart" und "ziemlich sportlich" stets für die negativen Pole im Schema. Darunter schreibt er: "Mann, 55 Jahre, endogene Depression, Angst- und Furchtzustände, gezeichnet von Leid und Krankheit; aggressiv, verschlossen, kontaktarm, wird nicht fertig mit seinen Problemen".

Zu Bild d meint er: "50-jähriger Mann, Revolutionär, voller Ideen, voller Tatendrang, Autorität, Führerpersönlichkeit, starker Wille, intelligent und starker Geist". Kurz entschlossen kreuzt er bei allen 36 Eigenschaftspaaren die ganz links gelegene Kategorie an (positiver Pol im Sinne der ideellen Norm).

sehr ziemlich unbestimmt ziemlich sehr

4 3 2 1 0

Abb. 5:

1. stark	X	0	0	0	0	0	schwach	1
2. schnell	X	0	0	0	0	0	langsam	2
3. gesund	X	0	0	0	0	0	krank	3
4. hart	X	0	0	0	0	0	weich	4
5. frei von Schmerzen	0	0	0	0	0	X	leidend	5
6. unverwundlich	0	0	0	0	0	X	rasch verbraucht	6
7. beweglich	0	0	0	0	0	X	starr	7
8. nicht klein zu kriegen	0	0	0	0	0	X	gibt schnell auf	8
9. braucht niemanden	0	0	0	0	0	X	auf Hilfe angewiesen	9
10. unversehrt	0	0	0	0	0	X	angeschlagen	10
11. sportlich	X	0	0	0	0	0	unsportlich	11
12. unempfindlich	0	0	0	0	0	X	empfindlich	12
13. fröhlich	0	0	0	0	0	X	traurig	13
14. ruhig	0	0	0	0	0	X	aufgeregt	14
15. freundlich	0	0	0	0	0	X	abweisend	15
16. erfolgreich	0	0	0	0	0	X	erfolglos	16
17. beherrscht	X	0	0	0	0	0	unbeherrscht	17
18. unternehmerrisch	0	0	0	0	0	X	lahm	18
19. glücklich	0	0	0	0	0	X	unglücklich	19
20. nachsichtig	0	0	0	0	0	X	nimmt leicht übel	20
21. selbstsicher	0	0	0	0	0	X	selbstunsicher	21
22. interessiert	X	0	0	0	0	0	uninteressiert	22
23. reißt sich zusammen	X	0	0	0	0	0	läßt sich gehen	23
24. geduldig	0	0	0	0	0	X	reizbar	24
25. leistungsfähig	X	0	0	0	0	0	bringt nichts zustande	25
26. wird um Rat gefragt	0	0	0	0	0	X	wird nicht um Rat gefragt	26
27. hilft anderen	0	0	0	0	0	X	hat mit sich selbst zu tun	27
28. immer tätig	0	0	0	0	0	X	macht viele Pausen	28
29. kommt vorwärts	0	0	0	0	0	X	bringt es zu nichts	29
30. Arbeit macht Freude	0	0	0	0	0	X	verrichtet Arbeit lustlos	30
31. verdient viel	0	0	0	0	0	X	verdient wenig	31
32. hat neue Ideen	0	0	0	0	0	X	fällt nichts ein	32
33. schafft planvoll	0	0	0	0	0	X	schafft planlos	33
34. erfolgreich	0	0	0	0	0	X	erfolglos	34
35. wird von Vorgesetzten gelobt	0	0	0	0	0	X	wird von Vorgesetzten getadelt	35
36. immer noch der alte	0	0	0	0	0	X	hat nachgelassen	36

Ich sehe vor mir eine Person, die
Nerven mit vorgetriebenen Händen
deprimiert mit Kopfschmerzen
ist, meditiert, in sich gekehrt
ist, versucht mit seinen Problemen
fertig zu werden.

	BB	WW
RP	306	3
WP		

Zum letzten Bild e bemerkt der Patient: "Frau, 28 Jahre, kurz vor dem Suizidversuch, da vom Mann im Stich gelassen, vielleicht durch Abtreibung schlechtes Gewissen". Angekreuzt werden alle ziemlich negativen Eigenschaften und Verhaltensweisen.

Ein Vergleich der bearbeiteten Testblätter der projektiven Testverfahren zeigt, daß der Patient bei 4 von 5 vorgelegten Bildern sich stets eindeutig entschieden hat. Von der Möglichkeit, die Kategorie "unbestimmt" im Sinne von "das kann ich nicht beurteilen" zu wählen, wurde nicht Gebrauch gemacht. Für die Variable BB werden 7 Wertpunkte errechnet, für die Meßgröße UW 0 WP.

Die Leistungen in der nun folgenden Gestaltungsprobe (GT) sind schwach. Von den 10 vorgegebenen Zeichen vermag der Patient nur 4 zu ergänzen und zu beschriften. Die übrigen 6 werden nur mit einer Bezeichnung versehen, aber nicht fortgeführt. Für die Meßgröße GT ergeben sich somit 16 Wertpunkte.

Im Schnelligkeitstest erreicht der Patient bei Bearbeitung des Testbogens ohne Zeitdruck 34 Rohpunkte, mit Zeitdruck 27 RP, was insgesamt 6 Wertpunkten bei der Umrechnung entspricht.

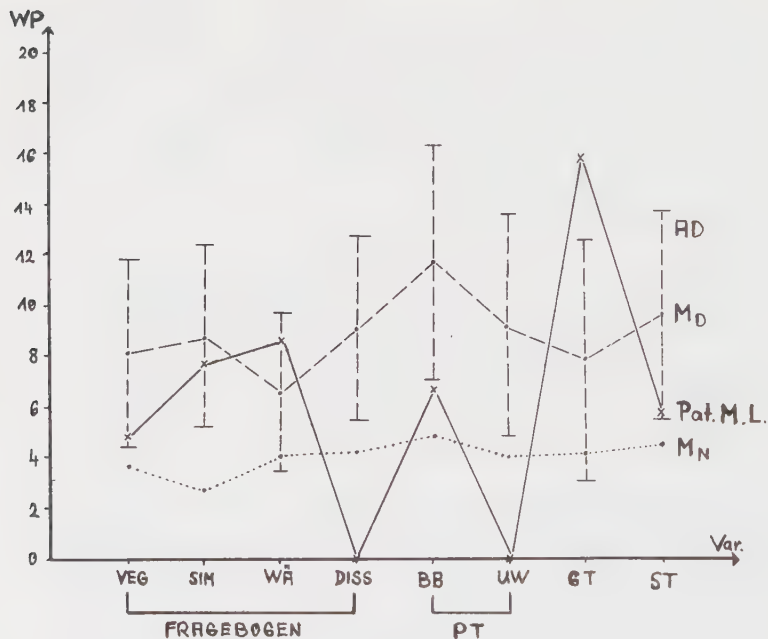
Zusammenfassung der Testergebnisse:

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
RP	15	12	20	0	306	3	44	61	-
WP	5	8	9	0	7	0	16	6	51

In den Variablen DISS, UW und GT weichen die Ergebnisse des Patienten M. L. erheblich von den Mittelwerten der Defektpatienten-Gruppe und der Normkontroll-Gruppe gleicher IQ-Klasse A ab (vgl. W. KINZEL, Diss. 1971).

Graphische Darstellung:

Vergleich der Testergebnisse des Pat. M. L. mit den Ergebnissen in der Gruppe der Patienten mit postkontusionellem psychischen Defektsyndrom und in der Normkontroll-Gruppe gesunder Personen (die Werte sind der Dissertation von W. KINZEL, 1971, entnommen).



x— WP-Ergebnisse des Pat. M. L.

MD --- Mittelwerte (in WP) in der Gruppe der Defektpat. (IQ-A)

MN Mittelwerte in der Normkontrollgruppe (IQ-A)

RD $\begin{array}{c} \text{---} \\ | \\ \text{---} \end{array}$ AD-Werte in der Gruppe der Defektpatienten (Spannweite)

B. Fall 2
=====

Patient Th. B., 47 Jahre alt;

Beruf: Rentner, Kaufmann;

Diagnose: abnorme Entwicklung, Arzneimittelabusus.

Zur ambulanten Untersuchung in der Poliklinik der Universitäts-Nervenlinik Erlangen am 2.3.1971;
getestet am 2. und 3.3.1971, Testblatt-Nr. 10.

Vorgeschichte:

Der Patient Th. B. befand sich zur Zeit der Untersuchung zum 15. Male in stationärer chirurgischer Behandlung zur Entfernung der Reste einer Granatsplitterverletzung aus dem 2. Weltkrieg. In die Ambulanz der Poliklinik kam er zur konsiliarischen Abklärung eines seit Jahren bestehenden Medikamentenmißbrauches. Im Rahmen dieser Untersuchung stellte er sich nach einem Hinweis für die Durchführung der Testuntersuchung freiwillig zur Verfügung.

Psychische Erkrankungen seien nach Angabe des Patienten in der Familie und Verwandtschaft unbekannt. Nach einer normalen Kindheitsentwicklung und Besuch der Volksschule habe er eine Kaufmannslehre absolviert, sich durch Abendkurse zielstrebig fortgebildet und ein eigenes Geschäft aufgebaut, das heute noch von ihm geleitet werde.

Im 2. Weltkrieg sei er verschüttet worden und habe als einziger die Explosion einer Granate im Bunker überlebt. Schwer verletzt sei er von einem Kameraden, der selbst später verstarb, geborgen worden.

Der rechte Arm sei seitdem gelähmt. Er habe sich in den letzten 15 Jahren insgesamt 14 mal operieren lassen müssen, hauptsächlich zur Entfernung der Restsplitter. Seit

einer Gallenblasenoperation vor sechs Jahren leide er unter regelmäßig auftretenden Schmerzen im Rücken, die medikamentös nicht beherrscht werden können. Seit mehreren Jahren erhalte er deswegen von seinem Hausarzt Dilaudid gespritzt, manchmal bis zu 5 Ampullen pro Tag. Ein Absetzversuch nach einer Operation habe eine Verstärkung des Beschwerdebildes zur Folge gehabt, so daß er seither Fortral gespritzt bekomme, zuletzt bis zu 20 Ampullen pro Tag. Nach jeder Operation sei er etwa 3 - 4 Wochen schmerzfrei gewesen, danach sei der Zustand langsam wieder schlechter geworden, so daß die Medikamente erhöht werden mußten. Ursache der erneuten Verschlechterung jetzt sei die enorme körperliche Belastung durch einen Wohnungswechsel nach der letzten Operation sowie der "psychische Schock" durch den unerwarteten Selbstmord seines langjährigen Rechtsanwaltes.

Untersuchungsbefund:

Bei der ambulanten Vorstellung des Patienten wurde durch den zuständigen Arzt der Poliklinik folgender Befund erhoben: Die vom Patienten angegebenen Schmerzen sind neurologisch nicht objektivierbar. Periphere Parese des rechten Armes nach Splitterverletzung im Schulterbereich. Bei der körperlichen Untersuchung außer zahlreichen Narben nach operativer Splitterentfernung und reizloser Narbe nach Cholezystektomie kein Hinweis auf ein akutes pathologisches Geschehen.

Der Patient erscheint deutlich psychisch auffällig. Es muß eine Fehlentwicklung im Sinne einer abnormen Verarbeitung eines Krankheitsgeschehens nach Schockzustand angenommen werden, die einen sekundären Arzneimittelabusus zur Folge hatte. Das Vorliegen eines hirnorganischen oder psychotischen Prozesses erscheint auf Grund der jetzigen Untersuchung ausgeschlossen.

Diagnostisch muß das Vorliegen einer abnormen Entwicklung mit sekundärem Arzneimittelabusus angenommen werden.

Testverlauf:

Bei der Bitte, für eine wissenschaftliche Untersuchung an einem Test teilzunehmen, weist der Patient sofort darauf hin daß er heute zwar "keinen besonders guten Tag" habe und deshalb auch nur Mittelmäßiges leisten könne, aber grundsätzlich gerne dazu bereit sei. Als er in die geschlossene Abteilung geführt wird, beginnt er mißtrauisch zu werden. Er läßt sich ausdrücklich versichern, daß er hier wieder herauskomme und besteht darauf, daß die Tür des Raumes, in dem der Test stattfinden soll, offen bleibt. Er habe Angst vor dem "Eingesperrtsein"; auch zu Hause müßten die Zimmertüren stets offen bleiben.

Vor Beginn läßt sich der Patient ausführlich die einzelnen Abschnitte der Testbatterie erklären, da er wissen möchte, worauf er sich einlasse. Er fragt nach dem Sinn der Testteile und der dahinterstehenden Absicht. So vergeht bereits einige Zeit, bevor der Patient sich der eigentlichen Aufgabe zuwendet.

Die Anweisung des vorgeschalteten MWT zur Zuordnung des Patienten zu einer der drei Intelligenzklassen wird zweimal laut vorgelesen. Dann streicht der Patient zügig und sicher bis zur sechzehnten Wortreihe durch, unterbricht dann erstmals, da er "sehr nervös" sei und eine "Zigarette zur Beruhigung" brauche. Diese erzwungene Pause wird dazu benutzt, von seinen zahlreichen Operationen zu berichten. Der Testleiter muß sich dabei die Narben und das "wilde Fleisch" genau betrachten. Mit einer ausgreifenden Handbewegung deutet der Patient die Gegend am Rücken an, die ihm unerträgliche Schmerzen bereite. Die Hose passe ihm jetzt nicht mehr; durch die letzte Operation habe er insgesamt 60 Pfund abgenommen, vorher habe er über 3 Zentner gewogen. Wenn morgen noch Zeit bestünde, wäre er gerne bereit, noch einmal zu kommen und

Bilder von früher mit seinem alten Gewicht vorzuzeigen. Mit etwas Nachdruck muß der Redefluß unterbrochen werden, um wieder zur ursprünglichen Aufgabe zurückkehren zu können.

Der MWT wird nun ohne Zögern beendet, wobei der Patient von insgesamt 42 Wortreihen 36 richtig bearbeitet. Dies entspricht einem IQ-Wert von 110; der Patient wird somit der Intelligenzklasse A (überdurchschnittlich begabt) zugeordnet.

Nun wird dem Patienten das Anweisungsheft des Fragebogens vorgelegt. Wieder liest er den Informationsteil laut vor und geht sämtliche Items sodann einzeln durch mit der Begründung, ein langsamer Mitarbeiter, der richtig arbeite, sei ihm lieber als ein schneller, der mehrfacher Korrekturen bedürfe. Deshalb erledige er seine geschäftlichen Angelegenheiten auch lieber selber. Mit der Testanweisung, auf dem Fragebogen dürfe nichts verzeichnet werden, kann er sich nicht einverstanden erklären, sondern besteht auf einer differenzierteren Beantwortung, da ihm die fünf auf dem Antwortblatt zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht immer ausreichend anwendbar erscheinen. Die Formulierung: "Weiß nicht, ob es stimmt", wie sie in der mittleren Kategorie des Antwortblattes angegeben ist, behage ihm überhaupt nicht. Kreuzt er deshalb in der Spalte unter der Kategorie "Unentschieden" an, so wird dies stets durch die Bemerkungen "halb und halb" oder "teils - teils" ergänzt (siehe beigefügtes Antwortblatt). Auch die Kreuze in den Spalten unter den übrigen Kategorien werden mit Zusätzen und Anmerkungen versehen. Beispiel: Item Nr. 1 ("Ich leide stark unter Kopfschmerzen"): Die Kategorie "Unentschieden; weiß nicht, ob es stimmt" sage ihm nichts aus und müsse deshalb mit dem Zusatz "halb und halb" ergänzt werden. Energetisch wird verneint, daß es noch längerer Zeit bedürfe, bis er wieder voll genesen und einsatzfähig sei (Item Nr. 2). Geschäftliche Dinge erledige er sogar vom Krankenbett aus. Bis auf die lästigen Schmerzen im Rücken fühle er sich gesund,

(Fortsetzung S. 58)

(eingeschobenes Blatt!)

Vom Patienten Th. B. "korrigiertes" Antwortblatt des Fragebogens (zugehörige Items 21 bis 35 siehe Abschnitt III. METHODIK):

Antwortblatt / Seite 2

A
(Fortsetzung)

Th. B.

	VEG	Sim
RD	54	19
W.P	18	11

JA das stimmt genau (Nur "JA")	Das stimmt ZIEMLICH (mehr "JA" als "NEIN")	WEISS NICHT ob es stimmt (UNENTSCHIEDEN)	Das stimmt KAUM (mehr "NEIN" als "JA")	NEIN das stimmt (Nur "NEIN")
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. <i>Stenose in der</i>	<i>X</i>	0	0	0
22. <i>Stenose in der</i>	<i>X</i>	0	0	0
23. <i>Stenose in der</i>	<i>0</i>	0	<i>Magen Peristaltik</i>	<i>X</i>
24. <i>Stenose in der</i>	<i>0</i>	0	0	0
25. <i>Stenose in der</i>	<i>0</i>	<i>X</i>	0	0
26. <i>Stenose in der</i>	<i>0</i>	0	0	0
27. <i>Stenose in der</i>	<i>0</i>	0	0	0
28. <i>Mittelschwere</i>	<i>0</i>	0	0	0
29. <i>Stenose in der</i>	<i>X</i>	0	0	0
30. <i>Stenose in der</i>	<i>0</i>	<i>Stenose in der</i>	0	0
31. <i>Stenose in der</i>	<i>0</i>	0	0	<i>X</i>
32. <i>Stenose in der</i>	<i>0</i>	0	0	0
33. <i>Stenose in der</i>	<i>0</i>	0	0	0
34. <i>Stenose in der</i>	<i>0</i>	0	0	0
35. <i>20 Stenose in der</i>	<i>0</i>	0	0	0

physisch und psychisch voll auf der Höhe. Er wolle sich nicht damit begnügen, den "sog. Lebensabend" als Rentner zu verbringen, sondern leite sein Geschäft noch immer selbst. Vor kurzem sei er in sein neues Haus umgezogen, was allerdings wieder mit Schmerzattacken verbunden gewesen sei; er habe aber trotzdem den Bau des Hauses bis zuletzt überwacht. Durch den tragischen Tod seines langjährigen Freundes und Rechtsanwaltes müsse er sich auch noch mit juristischen Problemen abgeben. Man könne also wirklich nicht sagen, er sei nicht voll leistungsfähig. Bücken bekomme ihm schlecht, das stimme (Item Nr. 4); der kalte Schweiß stehe ihm auch öfters auf der Stirn (Item Nr. 5), das sei wohl medikamentös bedingt; das müsse er noch dazuschreiben. Anstrengung sei ihm von "Hermannchen" verboten worden (gemeint ist Prof. Dr. med. Hermann Bunte, Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik). Bei körperlicher Anstrengung werde er sehr schnell müde und abgespannt, "geistig" sei er aber "fit" wie immer. Zu Item Nr. 11 ("Ich kann noch genau so gut hören wie früher") wird bei der Kategorie "Ja, das stimmt genau" angekreuzt und "Hörgerät" hinzugefügt, da es sich hier um die Folge der Verschüttung im Krieg handle und er deshalb ein Gerät tragen müsse. Bei Item Nr. 15 ("Alkohol bekommt mir schlecht") ergänzt er mit der Anmerkung "zur Zeit" und meint, er sei zwar kein Trinker, obwohl er einem Stammtisch angehöre, einen Klaren aber nehme er schon gern zu sich. Mehr Flüssigkeit trinke er schon als früher (Item Nr. 19), aber nur Fruchtsäfte. Wenn mit dem "Pochen in den Gelenken" (Item Nr. 21) ein "Klopfen und Knacken" gemeint sei, müsse er das wohl bejahen; schuld daran seien die vielen Granatsplitter, die er noch im Körper habe. Nun wird fast jedes Kreuzzeichen, das der Patient anbringt, mit schriftlichen Anmerkungen und Erläuterungen versehen; auch erscheinen ihm manche Behauptungen nicht sehr sinnvoll, wie etwa: "Gegen Kalkgeruch bin ich jetzt überempfindlich" (Item

Nr. 22). Obwohl der Patient auf das Antwortblatt "normal empfindlich" schreibt, kreuzt er nicht bei "Nein, das stimmt nicht" an, sondern in der Spalte unterhalb der Kategorie "Das stimmt ziemlich". Wegen einer Magenoperation bekämen ihm warme Getränke wie Tee und Kaffee besser (Item Nr. 23). Das Kreuz bei Item Nr. 24 ("Oft bin ich so zappelig, daß mir alles aus den Händen fällt") wird mit 2 Ausrufezeichen versehen. Er sei so nervös und fahrig, daß ihm oft die Zigarette aus der Hand falle (der Patient raucht inzwischen die vierte seit Beginn der Untersuchung): "Schauen Sie nur her, wie mir die Finger zittern". Dann: "Der Geschmacksinn, der ist in Ordnung, aber was soll die Frage?" (Item Nr. 26). "Mit Einschränkung" lese er auch noch so viel wie früher (Item Nr. 28), aber mehr Illustrierte. Bei den Items "Mir wird des öfteren übel" (Item Nr. 34) und "In manchen Organen fehlt mir jetzt das rechte Gefühl" (Item Nr. 35) weist er wieder auf seine "Magenempfindlichkeit" hin und vermerkt neben dem Kreuzzeichen: "Magensäurenerve ist zertrennt".

Es überrascht, daß der Patient - im Gegensatz zu den meisten anderen getesteten Personen - im Fragebogenteil B (Variable DS) zehnmal ein Kreuzzeichen in der Spalte unter der Kategorie "Ja, das stimmt genau" anbringt. Auch hier werden wieder schriftliche Anmerkungen auf dem Antwortblatt beigelegt. Danach unterbricht der Patient und bittet um ein Glas Wasser und eine Kopfschmerztablette, da ihn dies alles sehr anstrengt. Zum Item Nr. 1 des Fragebogenteils C (Variable WÄ und Variable DISS) stellt er fest, er sei oft das reinste Nervenbündel. Seine Frau leide sehr darunter. Daß ihn andere Leute sehr interessieren, könne er nicht behaupten (Item Nr. 3). Für ihn als Kaufmann sei zwar die "große Politik" und speziell die Wirtschaft wichtig, aber nicht, was sich in seiner näheren Umgebung abspiele. Die Behauptung "Ich bin jetzt viel gleichgültiger als früher, es regen mich andererseits aber Dinge auf, die mich vorher kalt gelassen

haben" (Item Nr. 8), könne er so, wie sie hier stehe, nicht akzeptieren. Deshalb wird sie vom Patienten in zwei Abschnitte unterteilt, einerseits in: "Ich bin jetzt viel gleichgültiger als früher", was beantwortet wird mit "Nein, das stimmt nicht" und anderseits in: "Es regen mich Dinge auf, die mich vorher kalt gelassen haben", wobei er unter der Kategorie "Ja, das stimmt genau" ankreuzt. Bevor der Testleiter es verhindern kann, trägt der Patient diese Differenzierung auch in das Anweisungsheft ein.

Da der Patient jetzt angibt, nicht mehr in der Lage zu sein, sich länger auf die Arbeit zu konzentrieren, muß die Testuntersuchung abgebrochen werden. In der Zeit von etwa drei Stunden wurde bisher nur der Intelligenzkurztest (MWT) und der Fragebogen der gesamten Testbatterie bearbeitet. Bis auf wenige Ausnahmen benötigte der Großteil der Patienten höchstens 20 bis 30 Minuten für diese beiden Abschnitte.

Die Auswertung des Fragebogens ergibt für die Variable VEG 18, für die Variable SIM 11 Wertpunkte (WP). In der Meßgröße WÄ erzielt der Patient wiederum 18 Wertpunkte, in der Meßgröße DISS 3 WP. Für die Variable DS, die in der Intelligenzklasse A (überdurchschnittlich intelligent) nicht zur Anwendung kommt, errechnen sich 12 WP. Aufgrund der zahlreichen Unterbrechungen - Zigarettenpausen, kurze Spaziergänge im Zimmer zur "Beruhigung", langatmige Erklärungen und schriftliche Anmerkungen - wurde die übermäßig lange Zeit von 3 Stunden zur Bearbeitung des MWT und des Fragebogens benötigt. Danach mußte auf Betreiben des Patienten die weitere Testuntersuchung verschoben werden.

Am folgenden Tag findet sich der Patient gegen 9 Uhr vormittags erneut in der Ambulanz der Universitäts-Nervenklinik ein. Heute fühle er sich wesentlich wohler und besser, außerdem habe er die versprochenen Photographien bei sich, um zu belegen, daß er wirklich sehr viel abgenommen habe.

Allerdings müsse er bis Mittag wieder auf seine Station in der Chirurgischen Klinik zurückgekehrt sein, da er sonst kein Essen mehr bekäme. Deshalb möchte er auch sofort beginnen.

Nach kurzer Einführung beginnt der Patient mit der Bearbeitung des Projektionstestes (PT). Zu Bild a, das einen Neger darstellt mit vor das Gesicht geschlagenen Händen, meint er: "Ein Sportler, der sich konzentriert; vielleicht vor einem Wettkampf". Stark sei dieser sicher, gesund und hart. Schnell, das könne man nicht sagen. Es könne ja auch eine andere Sportart sein als Laufen. Dann: "Daß einer niemanden braucht, das gibt's doch nicht!" Den seelischen Zustand eines Negers zu beurteilen, das traue er sich nicht zu, da man bei denen doch nie so genau wisse, wie man daran sei. Er glaube zwar, daß der Schwarze ziemlich beherrscht, ziemlich erfolgreich und deshalb auch selbstsicher sei, auch daß er sich sehr zusammenreißt, aber ob er fröhlich, freundlich oder sogar glücklich sei, könne man nur beurteilen, wenn man ihn selbst kenne. Leistungsfähig sei er sicher, ob er aber auch um Rat gefragt werde, ob er vielleicht hilfreich sei, könne man nicht bestimmt sagen. Bei dem Item "Arbeit macht Freude" wird das Wort "Freude" durchgestrichen und ersetzt durch "Geld", darauf in der Spalte unter der Kategorie "sehr" angestrichen. Verdienen würden Sportler ja sehr viel und Vorgesetzte hätten sie auch keine, meint er zu den entsprechenden Items.

Bei der Beurteilung von Bild a fielen von 36 möglichen Entscheidungen 19 auf die Kategorie "Unbestimmt", der größere Teil davon in den Abschnitten über den seelischen Zustand und das Leistungsvermögen der dargestellten Person. Bei den restlichen 17 wurden ihr die mehr positiven Eigenschaften und Verhaltensweisen zugeschrieben.

Bild b stellt nach Ansicht des Patienten eine "ganz normale Hausfrau" dar, deren körperlicher Zustand schwer zu beurteilen sei. Aber "ziemlich gesund" sei sie wahrscheinlich schon, auch mache sie einen "ziemlich unversehrten Eindruck". Wieder stört den Patienten die Itempolarität "braucht niemanden - ist auf Hilfe angewiesen", wobei er am Rande anmerkt: "Jeder braucht jemanden!" Ein bißchen traurig schaue sie schon drein, sehr glücklich sei sie sicher nicht. Arbeiten würde sie auch sehr gut. Ob sie jedoch "sehr" oder nur "ziemlich viel" verdiene, könne er nicht beurteilen, da Frauen überall in der Industrie schlechter bezahlt würden als Männer. Deshalb bringt er das Kreuz zwischen den beiden Kategorien "sehr" und "ziemlich" an und versieht es mit einem Pfeil in Richtung der Kategorie "ziemlich viel".

Beim dritten Bild c fällt dem Patienten eine Beurteilung sehr schwer, da er sich nicht entscheiden kann. Zwar handle es sich nach seiner Ansicht um einen "jungen Mann, am Anfang seiner Karriere", aber was er von ihm halten solle, könne er nicht wissen. Entsprechend fällt die Bearbeitung des Testblattes aus: 27 mal wird die Kategorie "Unbestimmt" gewählt, in zwei Fällen doppelt angekreuzt bei "Unbestimmt" und "ziemlich". Dies solle die Tendenz von "ziemlich" nach "Unbestimmt" andeuten. Die restlichen 9 Items verteilen sich auf die Kategorien "ziemlich positiv" bei der Beurteilung des körperlichen Zustandes und "ziemlich negativ" in Bezug auf die seelische Verfassung.

Die auf Bild d dargestellte Person wird folgendermaßen eingeschätzt: "Ist ein Karrieremensch, der um seiner selbst willen andere Menschen in Nachteile bringen könnte". So wird die Person zwar für "sehr stark, sehr hart, sehr erfolgreich, sehr selbstsicher, sehr leistungsfähig usw." gehalten, daneben erhält sie negative Eigenschaften wie "ziemlich abweisend, nimmt ziemlich leicht etwas übel, ist ziemlich reizbar". Durch einen dicken Strich wird betont, daß dieser Mann zu den wenigen Menschen gehöre, die "nie jemanden brauchen".

Zum letzten Bild e führt der Patient aus: "Diese Frau ist seelisch leidend, hat viel, vielleicht die Familie verloren, bedarf der Hilfe in jeder Form". Diese Beurteilung spiegelt sich wieder bei der Bearbeitung der Aufgabe. Bei den 12 auf den körperlichen Zustand bezogenen Eigenschaftspaaren werden stets die "ziemlich" oder "sehr" negativen Pole angekreuzt wie "ziemlich schwach, ziemlich krank" oder "ziemlich leidend". Sie mache einen "sehr traurigen" und "sehr unglücklichen" Eindruck, habe aber ein "sehr duldsames" Wesen. Beim Eigenschaftspaar "geduldig - reizbar" wird der positive Pol "geduldig" ersetzt durch "duldsam", da "nur geduldig" nicht der richtige Ausdruck sei. Infolge ihres seelischen Leidens könne sie auch nichts leisten, da sie mit sich selbst genügend Probleme habe. Als schriftliche Anmerkung wird beigelegt, sie "sollte aber ohne Tadel deswegen bleiben". Man müsse Verständnis für ihre Situation haben. In insgesamt 15 Fällen kann sich der Patient wiederum nicht eindeutig festlegen. So setzt er das Kreuzzeichen zwischen die Kategorien "ziemlich" und "sehr" und versieht es mit einem Pfeil in Richtung des Überwiegenden Teils.

Die Auswertung ergibt für die Variable BB insgesamt 4 Wertpunkte, für die Meßgröße UW 12.

Der nun folgende Gestaltungstest (GT) wird vom Patienten sehr schnell und zügig bearbeitet. Ebenso wird als letzter Teil das Schnelligkeitsverfahren (ST) ohne Schwierigkeiten und Unterbrechungen durchgeführt, was daran liegen mochte, daß der Patient rechtzeitig zum Mittagessen zurück sein wollte.

Für die Variable GT werden 5 Wertpunkte errechnet, für die Meßgröße ST 6 WP. Der Patient hat für die gesamte Testuntersuchung nahezu 7 Stunden, verteilt auf 2 Tage, benötigt und damit von allen getesteten Personen am längsten gebraucht.

Zusammenfassung der Testergebnisse:

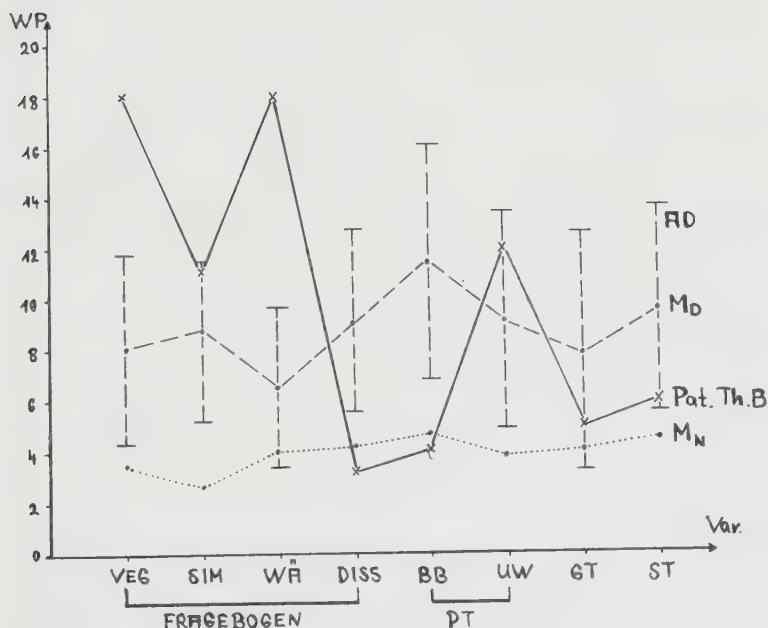
	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
RP	54	19	29	3	280	77	104	61	-
WP	18	11	18	3	4	12	5	6	77

In den Variablen VEG, SIM, WÄ und UW weichen die vom Patienten Th. B. erzielten Ergebnisse deutlich von den Mittelwerten der Defektpatienten-Gruppe und der Normkontroll-Gruppe gleicher Intelligenzklasse A ab (vgl. W. KINZEL, Diss. 1971).

Die graphische Darstellung verdeutlicht dies.

Graphische Darstellung:

Vergleich der Testergebnisse des Patienten Th. B. mit den Ergebnissen der Gruppe der Patienten mit postkontusionellem psychischen Defektsyndrom und der Normkontrollgruppe psychisch gesunder Patienten (die Werte sind entnommen bei W. KINZEL, Diss. 1971).



- x — WP-Ergebnisse des Pat. Th. B.
- M_D --- Mittelwerte (in WP) in der Gruppe der Defektpat. (IQ-A)
- M_N Mittelwerte in der Normkontrollgruppe (IQ-A)
- RD — AD-Werte in der Gruppe der Defektpatienten (Spannweite)

C. Fall 3
=====

Patient G.B., 18 Jahre alt;

Beruf: Schüler (Gymnasium)

Diagnose: abnorme Entwicklung, Arzneimittelabusus
primär gemütsarme Persönlichkeit.

Stationärer Aufenthalt vom 5.2. - 30.4.1971;
getestet am 21.4.1971, Testblatt-Nr. 22,
Krankenblatt-Nr. 87/71.

Vorgeschichte:

Zum Zeitpunkt der Testuntersuchung befand sich der Patient bereits das zweite Mal in stationärer Behandlung in der Universitätsnervenklinik Erlangen. Nach einem zehntägigen Aufenthalt im Dezember 1970 und Entlassung auf eigenen Wunsch mußte er am 5.2.1971 wegen akuter Intoxikationszeichen infolge eines hochgradigen Adalinabusus erneut stationär aufgenommen werden. Die Testuntersuchung fand wenige Tage vor der Entlassung statt.

Dem Krankenblatt des Patienten konnten - hier zusammengefaßt - folgende Angaben entnommen werden:

Der Patient berichtet, er leide seit 1969 unter heftigen Kopfschmerzen, vorwiegend im Stirnbereich. Hinzu kämen ausgeprägte Schlafstörungen. Deshalb habe er Staurodorm-Tabletten eingenommen, anfangs nur eine Tablette pro Tag. Kurze Zeit später sei er nach Abklingen der anfänglichen Wirksamkeit zu Adalin übergegangen und habe davon zuletzt bis zu 8 Stück pro Tag zu sich genommen. Seit der Einnahme von Adalin habe er sich "merkwürdig verändert" gefühlt. Davor sei er nur manchmal "etwas traurig und sentimental" gewesen und habe "zurückgezogen" gelebt. Die vom Patienten selbst empfundene Veränderung wird von der Mutter als "Ner-

vosität" beschrieben, die sie zunehmend bei ihrem Sohn beobachtet habe. Sogar Selbstmordabsichten seien zwischenzeitlich geäußert worden. Deshalb habe der Hausarzt im Dezember 1971 die erste Einweisung veranlaßt. Danach sei der Patient "umgestiegen" von Staurodorm und Adalin auf Limbatriil und Plantival-Tropfen.

Der Ärztin fiel während der Exploration die ungewöhnliche Gereiztheit und das aggressive Verhalten des Patienten sowohl der Mutter als auch ihr selbst gegenüber auf. Der Patient erklärte sogleich, er bleibe nicht länger als 6 Tage in der Klinik, wünschte genaue Ausgehzeiten und "befahl" seiner Mutter, sich jeden zweiten Tag einzufinden. Weiterhin gab er an, er habe keine Freunde, lege auch keinen Wert darauf, bleibe lieber alleine und sei wohl mehr ein Einzelgänger. Seine Interessen seien ausschließlich schulischer Art, hier möchte er etwas leisten. Er lese sehr viel, grübele nachts darüber nach und finde dann keinen Schlaf. Er interessiere sich sehr für Nietzsche und Schopenhauer. Weltanschaulich sei er Sozialist und Pazifist. Er meine, diese Welt müsse verschwinden, da in ihr nicht Freiheit, Gleichheit und Frieden herrsche. Es widerspräche auch seinem weltanschaulichen Konzept, Freundschaften zu Mädchen zu schließen.

Untersuchungsbefund:

Bei der körperlichen und neurologischen Untersuchung fand sich kein Hinweis auf das Vorliegen einer organischen Erkrankung; insbesondere kein Anhalt für ein hirnorganisches Geschehen.

Im psychischen Bereich blieb der 18-jährige, bewußtseinsklare und allseits orientierte Patient auch nach Abklingen der akuten Intoxikationszeichen deutlich auffällig. Im Vordergrund steht dabei eine ungewöhnliche Gereiztheit, die während des gesamten Klinikaufenthaltes kaum Kontakt zu ihm gewinnen läßt. Vielmehr bricht immer wieder kühles, ablehnendes Mißtrauen durch, das sich in aggressivem

Verhalten und großer Uneinsichtigkeit äußert. Im affektiven Bereich fällt das nahezu völlige Fehlen emotionaler Schwingung und gefühlsmäßigen Beteiligtseins auf. Daneben Einnengung der Interessen ausschließlich auf schulische Leistung und Anerkennung. Der Mangel an Einsicht in die Notwendigkeit einer Untersuchung und Behandlung des Medikamentenabusus steht in deutlicher Diskrepanz zu der auf Grund schulischer Leistungen zu erwartenden Fähigkeit.

Diagnostisch wurde das Vorliegen einer schweren Fehlentwicklung auf der Basis einer primär gemütsarmen Persönlichkeit angenommen, die sich durch abnorme Uneinsichtigkeit, Aggressivität und Kontaktarmut auszeichnet. Damit einher geht der fortschreitende Medikamentenabusus.

Erwähnt werden soll noch, daß der Patient während des stationären Aufenthaltes sich erneut Medikamente besorgte, außerdem homosexuell gefärbte Beziehungen zu einem anderen Jugendlichen anknüpfte. Er mußte deswegen auf die geschlossene Abteilung des Hauses verlegt werden.

Am 18.9.1971, etwa ein halbes Jahr nach der Entlassung, wurde der Patient erneut stationär aufgenommen, nachdem er im Adalinrausch mehrfach in suizidaler Absicht aus einem Fenster im 1. Stock des elterlichen Hauses gesprungen war.

Testverlauf:

Aus der Vorgeschichte des Patienten wird das ablehnende und mißtrauische Verhalten des Patienten gegenüber der Testuntersuchung verständlich. Die ersten beiden Versuche, den Patienten auf der Station anzutreffen, scheiterten an der absichtlichen Abwesenheit. Der Patient hatte es trotz anfänglicher Zusicherung, am Testversuch teilzunehmen, vorgezogen, mit seinem Freund in die Stadt zu gehen. Auch nach der Bitte, nachmittags im Klinikgelände erreichbar zu bleiben, mußte er

wieder gesucht werden. Als er im Park in Gesellschaft eines anderen Jugendlichen gefunden wurde, weigerte er sich mit der Begründung, er habe jetzt Ausgang und werde sich erst danach einfinden. Nach etwa einer Stunde kommt der Patient ins Arztzimmer und stellt sofort fest, er habe nur wenig Zeit, da sein Freund auf ihn warte. Dem Hinweis, es handle sich um eine wissenschaftliche Untersuchung, an der viele seiner Mitpatienten teilnehmen und zu der er sein Einverständnis erklärt habe, hält er entgegen, daß er sich schon oft genug im psychologischen Labor habe untersuchen lassen. Erst als ihm mit Nachdruck erklärt wird, daß seine Teilnahme jetzt notwendig sei, läßt er sich beruhigen, zumal ihm versichert wird, daß die Dauer der Untersuchung von seiner Bereitschaft und seiner Schnelligkeit bei der Bearbeitung der Testbögen abhängen.

Daraufhin will der Patient so schnell wie möglich beginnen. Auf die Frage nach seinen persönlichen Daten weist er auf das Krankenblatt hin, in dem sowieso seine ganze "Geschichte" stehe. Während die meisten Patienten die Gelegenheit benutzten, den Grund ihres Aufenthaltes und die sie belastenden Probleme zu schildern - was zwar nicht im Sinne des Testprogrammes liegt, aber kaum zu umgehen war -, ist hier der Patient nicht einmal bereit, persönliche Daten wie Alter, Zahl der Geschwister oder Schuljahr anzugeben; er verweist vielmehr auf die Unterlagen im Krankenblatt. Sein Ziel ist es, so schnell wie möglich fertig zu werden. So arbeitet er konzentriert und zügig, erlaubt sich nur Zwischenfragen wie: "Was kommt als nächstes?" oder "Bin ich jetzt fertig?". Er liest die Testanweisungen stets leise durch und beginnt sofort mit der Bearbeitung der gestellten Aufgabe. Nur beim projektiven Verfahren muß der Testleiter Erläuterungen abgeben.

Mit insgesamt 41 richtig unterstrichenen Wörtern von 42 möglichen erhält der Patient im MWT einen IQ-Wert von 120 zugeordnet (Intelligenzklasse A = überdurchschnittlich intelligent). Die auch von anderen meist nicht bekannten Fremdwörter

Thorium, Idiosynkrasie und Travestie werden wohl auf Grund der lateinischen Kenntnisse eines Gymnasialschülers in den oberen Klassen richtig geraten.

Im Fragebogen verneint der Patient im Gegensatz zu den im Krankenblatt festgehaltenen Angaben, unter Kopfschmerzen zu leiden. An vegetativen Beschwerden werden nur Einschlafstörungen, Schläfrigkeit und leicht auftretendes Schwindelgefühl angegeben; Anstrengung müsse er ebenfalls meiden. In Bezug auf sein psychisches Befinden bestätigt er die Items, oft sehr gereizt zu sein und sich kaum mehr richtig konzentrieren zu können. Das Leistungsniveau habe nachgelassen, ebenso Antriebskraft und Aktivität. Die Stimmung schwanke sehr zwischen Gleichgültigkeit und aggressiven Ausbrüchen.

Die Auswertung des Fragebogens ergibt für die Variablen VEG und SIM jeweils 11 Wertpunkte. Mit 20 Wertpunkten für die Meßgröße WÄ erzielt der Patient die höchstmögliche Punktzahl. Für die Variable DISS errechnen sich 2 Wertpunkte.

Das an den Fragebogen sich anschließende Projektionsverfahren (PT) muß kurz erläutert werden. Der Patient erhält die Bilder a, b, c, d und e vorgelegt. Bild a bezeichnet er als einen "Neger aus den Slums" und kreuzt entsprechend überwiegend in den Spalten unter den Kategorien "ziemlich" und "sehr negativ" im Sinne der ideellen Norm an. So wird der Neger für "sehr krank" und "sehr leidend", für "ziemlich rasch verbraucht" und "ziemlich auf Hilfe angewiesen" gehalten. Ob er "stark" oder "sportlich" sei, könne man nicht beurteilen. Aber "sehr traurig" und "sehr unglücklich" sei er schon. Auch das Leistungsverhalten wird eher negativ eingeschätzt. Er bringe wenig zustande, habe ziemlich mit sich selbst zu tun, mache sehr viele Pausen, bringe es zu gar nichts, verrichte seine Arbeit auch ziemlich lustlos, sei deshalb auch ziemlich erfolglos und verdiene sehr wenig.

Das nächste Bild b wird mit der Bemerkung kommentiert: "Keine

Ahnung, wen das darstellen soll". In diesem Sinne kreuzt der Patient durchgehend in der Spalte unter der Kategorie "Unbestimmt" an.

Bei der Beurteilung der Bilder c und d fällt auf, daß der Patient wie im Falle des Negers für beide Männer nur negative Formen des Verhaltens sowie des körperlichen und seelischen Zustandes gelten läßt. Körperliche Verfassung und Leistungsfähigkeit werden in beiden Fällen als "ziemlich negativ" beurteilt; in Bezug auf das seelische Befinden erzielt die auf Bild d dargestellte Person etwas bessere Werte.

Dem auf Bild e gezeigten Mädchen gesteht der Patient als einzige von insgesamt 5 vorgestellten Personen auch "ziemlich" positive Eigenschaften zu, wenn auch nur in 5 Item polaritäten. Demzufolge sei die junge Frau ziemlich hart, sie brauche niemanden, sie sei ziemlich unternehmerisch, ziemlich interessiert und könne sich sehr zusammenreißen.

Bei der Auswertung errechnen sich für die Variable BB 0 Wertpunkte (bei 220 Rohpunkten), für die Meßgröße UW insgesamt 10 Wertpunkte.

Schnelligkeitstest (ST) und Gestaltungsprobe (GT) werden zügig und ohne Unterbrechung bearbeitet. Der Patient erzielt für die Variable ST 3, für die Meßgröße GT 2 Wertpunkte.

Nach Abschluß der Testuntersuchung steht der Patient sofort auf und verabschiedet sich mit den Worten: "Jetzt kann ich wohl gehen". Ein abschließendes Gespräch, in dem die übrigen Patienten meist über bereits angebbare Ergebnisse informiert werden wollten, war nicht möglich.

Zusammenfassung der Testergebnisse:

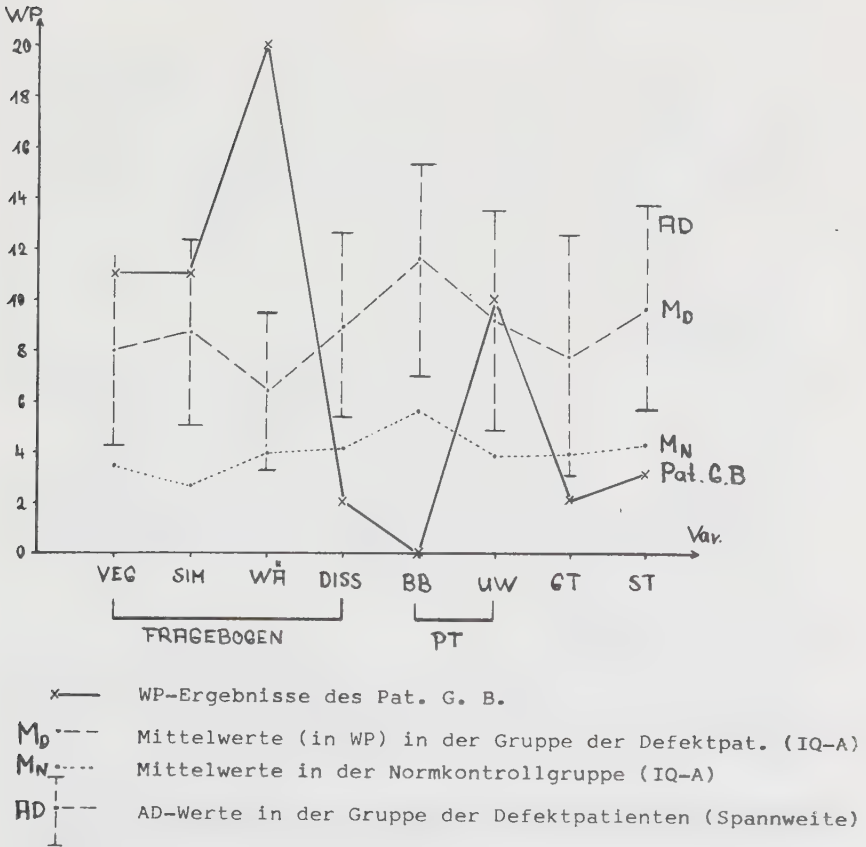
	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
RP	31	19	36	2	220	70	116	60	-
WP	11	11	20	2	0	10	2	3	59

Die Ergebnisse des Patienten G. B. entsprechen in den Variablen DISS, BB, GT und ST guten Normalleistungen. Die in den Meßgrößen VEG, SIM und UW, vor allem aber in der Meßgröße WÄ erzielten Wertpunkte liegen deutlich über den Ergebnissen der Defektpatienten und der psychisch gesunden Normkontrollgruppe gleicher Intelligenzklasse.

Die graphische Darstellung verdeutlicht dies.

Graphische Darstellung:

Vergleich der Testergebnisse des Patienten G. B. mit den Ergebnissen (Mittel- und AD-Werte) der Defektpatienten-
gruppe und der psychisch gesunden Normkontrollgruppe gleicher Intelligenz (deren Ergebnisse sind entnommen bei W.
KINZEL, Diss. 1971).



D. Fall 4

=====

Patientin V. B., 24 Jahre alt;

Beruf: Hotelsekretärin

Diagnose: reaktive Depression mit phobischen Zuständen.

Stationärer Aufenthalt vom 17.4 - 14.7.1971;

getestet am 13. und 15.5.1971, Testblatt-Nr. 36;

Archiv-Nr. VIII-937.

Bei der Darstellung dieses Falles soll auf eine ausführliche Wiedergabe der anamnestischen Angaben sowie des Verlaufes während des stationären Aufenthaltes verzichtet werden. Vielmehr sei am Beispiel dieser Patientin gezeigt, wie die eigentliche Testuntersuchung oft in den Hintergrund gerückt und der Testleiter zum Gegenüber eines therapeutischen Gespräches gemacht wurde.

Vorgeschichte:

Die Patientin sei schon etwa ein Jahr in nervenfachärztlicher Behandlung. In letzter Zeit habe sie regelmäßig viele Tabletten, besonders Valium und ähnliches, zu sich genommen, dazu Alkohol in größeren Mengen. Sie leide unter plötzlich einschießenden Angstzuständen, die sie nur mit Medikamenten und Alkohol dämpfen könne, und glaube, mit dem Leben nicht mehr fertig zu werden.

Untersuchungsbefund:

Bei der körperlichen und neurologischen Untersuchung fand sich kein Anhalt für das Vorliegen einer organischen Erkrankung.

Im psychischen Bereich findet sich eine 24-jährige, bewußtseinsklare und allseits orientierte Patientin, die im Affektiven nicht depressiv im Sinne einer Herabgestimmtheit wirkt, sondern eher dysphorisch erscheint mit Neigung zu

Weinausbrüchen. Lähmend erlebte Angstzustände stehen im Vordergrund der Beschwerden, daneben finden sich von Verzweiflung und Lebensüberdruß gekennzeichnete Züge. Selbstunsicherheit, Kraftlosigkeit und Inaktivität werden geschildert. Trotz Freundlichkeit und Zugewandtheit im Gespräch zeigt sich doch eine gewisse Distanziertheit, die sich aus der Einengung auf die eigene Problematik und der Unfähigkeit, aktiv Bindungen einzugehen, ergibt. Kein Hinweis auf ein psychotisches Geschehen.

Andererseits zeigt die Patientin deutlich vereinnahmende Tendenzen, wobei sie sich ungehalten über zuwenig Zuwendung von Seiten der Ärzte, des Personals und ihrer eigenen Bekannten äußert. Besonders gegenüber ihren Freunden benimmt sie sich aggressiv fordernd und rücksichtslos.

Zum Krankheitsverlauf soll ergänzt werden, daß die Patientin infolge gruppentherapeutischer Behandlung und begleitender medikamentöser Therapie nach anfänglichen Schwierigkeiten sich zunehmend subjektiv wohler fühlte und am 14.7.1971 nach Hause entlassen werden konnte.

Testverlauf:

Vom Stationsarzt hatte der Testleiter erfahren, die Patientin sei unzugänglich und verschlossen. Sie mache auch keine nennenswerten Angaben bei ärztlichen Explorationen.

Nach anfänglichem Zögern war die Patientin bereit, an der Testuntersuchung teilzunehmen. Sie zeigte sich dabei so gesprächig, daß der eigentliche Test auf einen späteren Termin verschoben werden mußte. Dies lag sicher auch daran, daß der Testleiter sich die nötige Zeit nehmen konnte, der Patientin mehrere Stunden zuzuhören und mit ihr zu diskutieren. Die 24-jährige Patientin gab sich dabei stets sehr viel Mühe, attraktiv und gepflegt zu erscheinen. So bat sie jeweils um etwas Zeit, sich "herzurichten". Daraufhin erschien sie geschminkt

und umgezogen. Tagsüber auf der Station ließ sie sich gehen und legte wenig Wert auf ihr Äußeres. In ihrer Stimmungslage war sie während der Untersuchung stark schwankend und unausgeglichen, wobei sie besonders bei der Schilderung persönlicher Erlebnisse zuweilen heftig in Tränen ausbrach.

Am Beginn der geplanten Testuntersuchung (zu der es dann zumindest an diesem Tag nicht mehr kam) ließ sich die Patientin den Sinn des Verfahrens erklären, wobei sie u. a. auch danach fragte, warum gerade sie zu den in Frage kommenden Personen gehöre. Für ihre Situation verspreche sie sich keinen Gewinn davon: "Mir kann sowieso niemand aus meinem Dilemma helfen, wo sich hier kaum jemand um mich kümmert". Auf die Gegenfrage, weshalb sie glaube, niemand kümmere sich um sie, berichtet sie, sie liege oft den ganzen Tag auf dem Bett, fast wahn-sinnig vor Angst, möchte schreien, besonders, wenn jemand vorbeikomme. Im letzten Augenblick werde sie durch etwas davon abgehalten. Genauso gehe es ihr mit dem Reden. Oft möchte sie etwas sagen, sich alles von der Seele reden, dann sei plötzlich wieder ein Block da, der sie daran hindere. Nur wenn sie Anteilnahme spüre und man sich ihr widme, helfe ihr allein das schon weiter. Wenn sie merke, daß wenig Zeit für sie sei, verschließe sich alles in ihr. Zur Zeit sei ihre Zunge auch so pelzig, daß sie kaum ein Wort herausbringe. Die Patientin erhält deswegen ein Glas Cola, um den Mund spülen zu können, dann raucht sie eine Zigarette. Dieses kleine Zwischenspiel wird dazu benützt, die Patientin um die notwendigen persönlichen Angaben wie Alter oder Beruf zu bitten. Nach kurzem Zögern beginnt die Patientin von sich aus, über den Anlaß ihrer Anwesenheit in der Klinik zu erzählen. Grund ihrer stationären Aufnahme sei ein Selbstmordversuch mit Valium- und Mogadan-Tabletten gewesen. Von einem heftigen Weinanfall begleitet meint sie: "Wenn einem im Leben alles mißlingt, ist es doch besser, Schluß zu machen". Nachdem sie sich etwas beruhigt hat, versucht sie, ihren Standpunkt darzulegen: "Wenn jeder Mensch das Recht hat zu leben, dann hat er auch das Recht, sich ein verpfushtes Leben zu nehmen, wann immer er will".

Sie habe Angst, ganz gewaltige Angst vor allem, was auf sie zukomme. Schon seit ihrer Kindheit leide sie darunter. Früher sei das nur eine "Einschlafangst" gewesen, die Furcht, "einmal einzuschlafen und nicht mehr aufzuwachen". Lange Zeit habe sie nicht über Brücken gehen können. Abends müsse sie stets Licht im Zimmer haben, wobei sie alleine und ohne Licht oft überhaupt nicht einschlafen könne. Dies sei in den letzten Wochen vor ihrer Aufnahme hier besonders schlimm geworden. Am nächsten Tag sei sie dann nicht ausgeschlafen, sitze in ihrer Empfangshalle - sie müsse die höher gestellten Gäste selbst empfangen - und könne sich nicht auf ihre Arbeit konzentrieren. Wenn sie zur Begrüßung lächeln solle, habe sie den Eindruck, ihr Gesicht erstarre zu einer unbeweglichen Maske. Geistig sei sie dann völlig abwesend, wo, wisse sie selbst nicht. Anfangs habe ihr Captagon ein wenig über die Schwierigkeiten morgens weggeholfen, dann sei sie jedoch abends wieder wach und unruhig in ihrem Bett gelegen, unfähig sich zu bewegen, zu denken oder gar einzuschlafen. Deshalb habe sie zu Valium und Mogadan gegriffen, um die abends sich einstellenden Angstzustände einzudämmen und wenigstens etwas Schlaf zu finden. Meistens habe ein Freund oder eine Bekannte bei ihr bleiben und warten müssen, bis sie eingeschlafen sei. Deshalb habe sie auch nie lange ohne Freund leben können, obwohl sie glaube, langsam unfähig geworden zu sein, Beziehungen zu anderen Menschen aufzunehmen. Diese Verödung von Gefühlen wie Zuneigung, Sympathie, Liebe oder Interesse für andere spreche schon daraus, daß sie nach kurzer Bekanntschaft gegen einen neuen Freund Aggressionen entwickle, wobei ihr nichts mehr an ihm passe, sein Haarschnitt, seine Kleidung oder nur seine Art zu sprechen oder zu gehen. Verlasse sie dieser dann, empfinde sie den Verlust besonders stark, möchte ihn zurückholen und könne es nicht.

Die gleiche Unfähigkeit, Verantwortung zu empfinden, zeige sich auch im Verhältnis zu ihrer Tochter Melanie: "Sie ist Ballast für mich, wenigstens momentan. Andererseits bin ich jetzt wenigstens so weit, daß Melanie der einzige Grund ist,

der mich von einem neuen Selbstmordversuch abhält. Irgendwer muß ja für sie sorgen".

Mit ihren Freunden habe sie immer Pech gehabt. Sie gerate stets an "Typen", von denen sie sich eigentlich lösen möchte. So sei es auch mit dem Vater ihrer Tochter gewesen. Dieser habe sie jetzt endgültig verlassen, weil er eine "unkomplizierte Frau" brauche. Sie habe sich aber noch nicht von ihm lösen können, habe sogar versucht, jetzt aus dem Krankenhaus das Verhältnis zu erhalten, obwohl sie es selbst als eine Art der sexuellen Abhängigkeit betrachte und in der Zwischenzeit einen neuen Freund habe. Dieser sei so anders als ihre bisherigen Bekannten, groß, stark und blond, ein richtiger Beschützertyp. Leider gehe er nach Indien.

Ihre bisherigen Freunde seien immer ihrem Vater ähnlich gewesen, "brutal, aber lieb wie ein kleiner Bubi". Als die Patientin auf ihren Vater zu sprechen kommt, beginnt sie erneut zu weinen. Bis jetzt hat sie schnell und leise, ohne Aufforderung von Seiten des Testleiters gesprochen. Nun schweigt sie einige Zeit, trinkt wieder etwas und raucht eine angebotene Zigarette, um sich zu sammeln. Die Testbögen wurden längst zur Seite geschoben, außer den Daten zur Person hat die Patientin bisher nichts bearbeitet, auch die Testanweisungen nicht gelesen. Sie scheint den Zweck ihrer Anwesenheit im psychologischen Labor, wo die Testuntersuchungen durchgeführt werden, gänzlich vergessen zu haben. Sie kommt auch im Laufe des langen Gespräches, das zum größten Teil von der Patientin getragen wird, nicht mehr darauf zurück. Im Interesse der Patientin, sich "aussprechen zu können", wird auch vom Testleiter nicht mehr darauf hingewiesen. Ziel des Gespräches ist nicht mehr die Einleitung des Testexperimentes, sondern die im Gewährenlassen der Patientin zum Ausdruck kommende Erleichterung, die vielleicht ansatzweise gelingende Konfliktaufdeckung und beginnende Verarbeitung im Gespräch. Im weiteren stationären Verlauf zeigt sich dann auch, daß die Pa-

tientin im Anschluß an diese intentionslosen Gespräche, bei denen der Testleiter die Funktion des nur zuhörenden Gegenüber erfüllt, informationsbereiter und zugänglicher für das therapeutisch ausgerichtete Gespräch mit dem Stationsarzt wird. Zu erwähnen ist noch, daß die Patientin nach Abschluß der Testuntersuchung versucht, den persönlichen Kontakt zum Testleiter aufrechtzuerhalten.

Nach dieser Unterbrechung nimmt die Patientin das Gespräch wieder auf und schildert ihren Vater. Er sei ein despotischer, autoritärer Mann gewesen, der niemanden neben sich habe gelten lassen. Als Kind habe sie sehr an ihm gehangen, bis sie mit 12 Jahren plötzlich erkannt habe, wie ungerecht und hart der Vater die Brüder behandle. Schläge seien nichts Ungewöhnliches gewesen, vor allem dann, wenn sie ausgehen wollten. Nach dem Willen des Vaters sollten seine Söhne und Töchter alle das Abitur machen. Als er sie das erste Mal mit Jungen gesehen habe, habe sie auch Schläge bekommen. Trotzdem habe sie vor dem Vater noch mehr Achtung als vor der Mutter. Diese stehe völlig unter dem Einfluß ihres Mannes; sie trinke jetzt auch, wahrscheinlich schon länger, und ver falle immer mehr. Ihre Mutter sei wegen der Auflösung der Familie sehr verzweifelt. Zwei Brüder seien nach der Versetzung des Vaters von München gegen den Wunsch der Eltern zurückgeblieben. Beide seien homosexuell und hätten jeden Kontakt zur Familie abgebrochen. Sie selbst sei auch in München geblieben. Die Schwester und ein weiterer Bruder hätten geheiratet, wahrscheinlich um von der Familie wegzukommen, und jetzt auch den Kontakt zum Elternhaus abgebrochen. Dieser verheiratete Bruder sei wohl der einzige, der ein bißchen glücklich geworden sei; dies liege aber an seiner Frau. Nur sie alleine fahre manchmal heim, aber nur, wenn die Mutter krank sei. Dabei gebe es regelmäßig Streit, vor allem mit dem Vater, der ihr vorwerfe, daß sie ein uneheliches Kind habe und den Ruf der Familie schädige. Ihr großer Bruch mit der Familie habe sich damals vollzogen, als sie sich geweigert habe, mit den Eltern aus München fortzuziehen.

Nachdem sie das Abitur nicht geschafft hatte, sei sie nach Wien auf eine Hotelfachschule gegangen. Dort habe sie auch einen Mann kennengelernt, der ihre "große Liebe" gewesen sei. Von ihm habe sie ein Kind erwartet, das sie ihm zuliebe in Salzburg habe abtreiben lassen. Kurz darauf habe dieser Mann sie jedoch im Stich gelassen. Seitdem sei etwas in ihr abgestorben, sie glaube, nicht mehr lieben zu können und unfähig geworden zu sein, Beziehungen zu anderen Menschen aufzunehmen.

Da bereits über 3 Stunden im Gespräch vergangen sind, wird hier abgebrochen. Die Patientin möchte dann am folgenden Tag den Test bearbeiten.

Als der Testleiter zwei Tage später die Patientin erneut aufsucht, liegt sie apathisch auf ihrem Bett, gibt an, sie könne kaum sprechen, wolle aber kommen, wenn sie sich etwas zurecht gemacht habe. Nach etwa einer halben Stunde erscheint sie und greift sofort das Gespräch auf. Sie sei jetzt in die Gruppentherapie aufgenommen worden, was ihr aber nicht sonderlich helfe. Nach der ersten Sitzung sei sie ins Bett gegangen und habe lange geweint. Auch habe sich wieder ein Anfall von Angst eingestellt, plötzlich und überfallsartig aufgetretene innere Unruhe und Unsicherheit, sie habe sich körperlich nicht wohl gefühlt, Verzweiflung und auch Lebensüberdruß habe sie erfaßt, das "Gefühl, mit dem Leben nicht mehr fertig zu werden". Sie habe mit niemandem darüber reden können. Diese "innere Angst" überfalle sie auch zu Hause öfters. Wenn sie ihr Zimmer betrete, sei sie schon "halb wahnsinnig vor Angst, alleine zu sein". Dann nehme sie meist sofort mehrere Tabletten Valium, um sich zu beruhigen. Sie weine dann sehr viel. Im Augenblick gehe es ihr schon besser, nur mit dem Sprechen tue sie sich etwas schwer.

Diesmal wird gleich mit der Testuntersuchung begonnen. Mit 39 richtig unterstrichenen Worten von insgesamt 42 erreicht die Patientin im vorangestellten MWT einen IQ-Wert von 115,

wird also der Intelligenzklasse A (überdurchschnittlich intelligent) zugeordnet.

Danach wird der Fragebogen des Defekttestes vorgelegt. Sie gibt an, sie leide ziemlich stark unter Kopfschmerzen (Item Nr. 1) und setzt entsprechend das Kreuzzeichen. Zu Item Nr. 2 meint sie, daß sie zwar wenig Bekannte habe, aber ihre Freundin auch der Ansicht sei, daß es für sie das beste sei, wenn sie jetzt erst einmal eine Zeitlang in ein psychotherapeutisches Zentrum gehe, um sich richtig auskurieren zu lassen. Das Problem sei aber, wie sie die Zwischenzeit verbringen solle, da es noch eine Weile dauern werde, bis sie einen Platz dort bekäme. Arbeiten könne sie nicht und nur zu Hause herumsitzen, das führe wieder zum jetzigen Zustand. Bei Item Nr. 3 meint sie, es stimme, daß bei ihr auf den kleinsten Ärger lange Schüttelanfälle folgen, wenn mit Anfällen die bei ihr auftretenden Phasen von innerer Unruhe und Angst gemeint seien. Einschlafen könne sie wirklich nicht schnell (Item Nr. 6). Das sei ja eines ihrer Grundprobleme. Ob sie sich anstrengen dürfe oder nicht (Item Nr. 9), ob sie an frischer Luft schläfrig werde (Item Nr. 10), könne sie nicht sagen. Schläfrig sei sie eigentlich immer, aber nicht "normal müde" wie nach einem schweren Arbeitstag, sondern mehr "krank erschöpft". Zu Item Nr. 11 stellt sie fest, sie könne jetzt nicht mehr so gut hören wie früher. Aus "Geistesabwesenheit" bekomme sie oft nicht mit, was gesagt worden sei. Lärm vertrage sie auch nicht (Item Nr. 12). Zu Item Nr. 17 meint sie, daß sie zwar nicht in der Regel, aber doch manchmal wie "besoffen" beim Gehen schwanke. Auch spüre sie manchmal ein Pochen in den Gelenken, könne aber nicht erklären, woher das komme (Item Nr. 21). Zappelig sei sie sehr (Item Nr. 24), die Zigarette falle ihr oft aus den Fingern. Frei von Angstanfällen sei sie auch nicht (Item Nr. 27).

Auf dem Antwortblatt B des Fragebogens (betrifft die Variable DS) kreuzt sie stets in der Spalte unter der Kategorie "Nein, das stimmt nicht" an.

Auf dem letzten Antwortblatt C des Fragebogens gibt sie ein Nachlassen der Konzentrationsfähigkeit an (Item Nr. 2); ob sie noch genauso aktiv sei wie früher (Item Nr. 4), wisse sie nicht, aber die "Entscheidungskraft" (Item Nr. 16) und das "Selbstvertrauen" (Item Nr. 7) hätten auf jeden Fall ebenfalls nachgelassen.

Die Auswertung des Fragebogens ergibt für die Variable VEG 16 Wertpunkte, für die Meßgröße SIM errechnen sich 12 WP. In der Meßgröße WÄ erzielt die Patientin 16 WP, in der Variablen DISS 0 WP.

Die Bearbeitung des Projektionstestes (PT) verläuft überraschenderweise ohne Unterbrechung, schnell und zügig. Dabei bezieht die Patientin jedoch weder Stellung zu den einzelnen abgebildeten Personen, noch gibt sie Kommentare. Es fällt auf, daß sie insgesamt bei den Männern (Bilder a, c und d) körperliche Eigenschaften und seelisches Zustandsbild mehr "negativ", bei den Frauen (Bilder b und e) eher "positiv" einschätzt.

In der Auswertung errechnen sich für die Variable BB 5 Wertpunkte, für die Meßgröße UW 0 WP.

Die Prüfung mit den leistungsorientierten Gestaltungs- (GT) und Schnelligkeitstests (ST) verläuft ebenfalls ohne besonders erwähnenswerte Vorkommnisse. Für die Variable GT werden 2, für die Meßgröße ST 5 Wertpunkte errechnet.

Zusammenfassung der Testergebnisse:

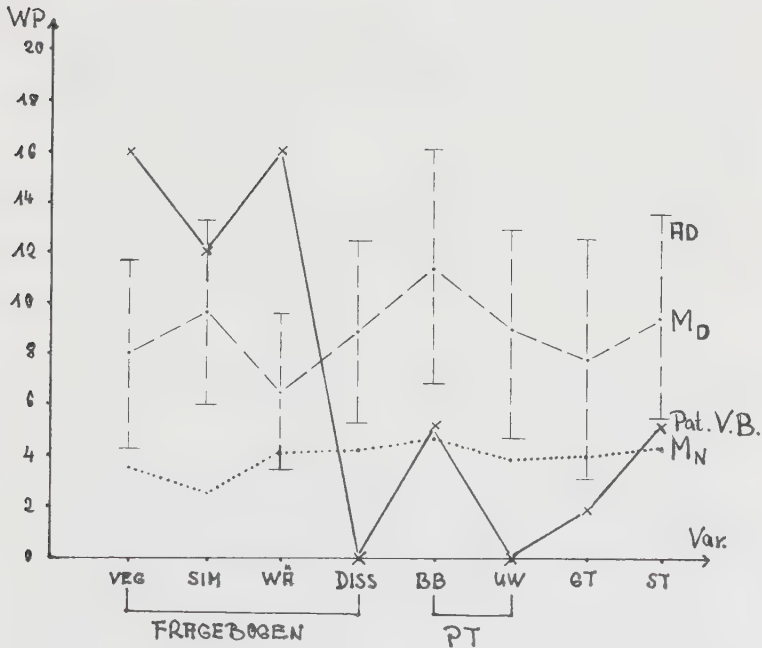
	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
RP	46	21	27	0	286	15	116	62	-
WP	16	12	16	0	5	0	2	5	56

Die Ergebnisse der Patientin weichen in den Meßgrößen VEG, SIM und WÄ sowie DISS, UW und GT von den vergleichbaren Mittelwerten der Defektpatienten- und der Normkontrollgruppe gleicher Intelligenzklasse ab.

Dies zeigt sich besonders in der graphischen Gegenüberstellung der Ergebnisse.

Graphische Darstellung:

Vergleich der Testergebnisse der Patientin V. B. mit den Ergebnissen der Gruppe der Patienten mit postkontusionellem psychischen Defektsyndrom und der Normkontrollgruppe psychisch Gesunder (die Werte sind entnommen bei W. KINZEL, Diss. 1971).



x — WP-Ergebnisse der Pat. V. B.

M_D --- Mittelwerte (in WP) in der Gruppe der Defektpat. (IQ-A)

M_N Mittelwerte in der Normkontrollgruppe (IQ-A)

AD --- AD-Werte in der Gruppe der Defektpatienten (Spannweite)

E. Zusammenfassender Überblick

Im folgenden sollen die kasuistischen Beispiele durch eine kurze Zusammenfassung des allgemeinen Untersuchungsverlaufes mit besonderer Berücksichtigung der üblichen Verhaltensweisen der geprüften Patienten ergänzt werden.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, betrachteten die Kranken den Test als Teil des klinischen Untersuchungsprogrammes, dem sie sich bereitwillig unterzogen. Oft wurde die Frage aufgeworfen, ob sich das Ergebnis dieses Testes direkt auf die Behandlung auswirke. Dies wurde dahingehend beantwortet, daß es zwar nicht der Fall wäre, die Teilnahme an der Untersuchung aber einer größeren wissenschaftlichen Arbeit diene. Zum Teil zeigten sich Patienten erfreut, daß etwas mit ihnen "passiere", daß ihnen Aufmerksamkeit geschenkt werde. "Wenn ich über meine Probleme nicht sprechen kann, ist es schon schwer", klagte eine Patientin mit reaktiver Depression über mangelnde ärztliche Zuwendung, "mir hört immer niemand zu, wie soll man mir da helfen".

Für die Mehrzahl der Patienten mit abnormen Verhaltensweisen bleibt das Gespräch die einzige psychotherapeutische Behandlungsmethode und ärztliche Zuwendung (neben der medikamentösen Therapie). Wie Fall 4 der Kasuistik bereits zeigt, wurde vom Kranken die Bearbeitung der Testbatterie häufig zugunsten einer Aussprache in den Hintergrund gerückt. Der Testleiter wurde so auf Grund der Zeit, die er aufwenden konnte, Zuhörer und Gesprächspartner bei ausführlichen Schilderungen der persönlichen Situation des Patienten. Dadurch war des öfteren der Rahmen der Testuntersuchung gesprengt; bei manchen Kranken mußte mehrmals begonnen werden; bei besonders gesprächigen Patienten war es erforderlich, nachdrücklich auf die eigentliche Aufgabe hinzuweisen.

Die Wortgruppen des vorgeschalteten MWT als Kurztest zur

Bestimmung des Intelligenzquotienten bereiteten bis auf die Fremdwörter der letzten Seite des Testbogens kaum Schwierigkeiten. Hier wurde zügig gearbeitet.

Die einzelnen Items des Fragebogens dagegen boten in vielen Fällen Anlaß zu detaillierten Beschreibungen der eigenen Problematik und der Ursachen des Klinikaufenthaltes. Überraschung über die "Treffsicherheit" mancher Behauptungen des Fragebogens spricht aus der Bemerkung des Patienten H. R.: "Da läuft der Mann (meint sich selbst) seit zehn Jahren mit dieser Krankheit herum und erst jetzt kann man sie genau erkennen!"

Im folgenden sollen die im Anschluß an die Bearbeitung des Fragebogens oder bereits während der Auseinandersetzung mit dem einzelnen Item am häufigsten genannten Beschwerden zusammengestellt werden:

1.) Schmerzen verschiedener Art und Lokalisation

Neben vor allem dumpfem Kopfdruck wurden Schmerzen in der Rückengegend angegeben und als Bandscheibenschäden oder Spätfolgen von Operationen erklärt. Im Falle des Patienten Th. B. führte die Fixierung an ein neurologisch abgrenzbares Schmerzgeschehen zu einem bereits sechs Jahre andauernden Arzneimittelaabusus; ähnlich wurden bei einigen anderen Kranken körperliche Mißempfindungen, wie Schmerzen im Rücken oder Brennen in der Harnröhre beim Wasserlassen Ausgangspunkt einer Fehlentwicklung durch Fixierung an ein klinisch nicht verifizierbares Krankheitsbild. Die anfangs zumeist ärztlich indizierte Einnahme von Schmerzmitteln führte im weiteren Verlauf zum ausgeprägten Abusus.

Nicht selten wird dabei die Nebenwirkung der Analgetika, eine konfliktdämpfende Gestimmtheit hervorzurufen, zum Hauptziel der Einnahme von schmerzstillenden Medikamenten.

2.) Schweißausbrüche an den Händen, unter den Achseln, auf der Stirn, die als "unangenehm kalt" empfunden werden und meist in Situationen besonderer psychischer Belastung auftreten.

3.) Schwindelanfälle, Herzklopfen und Herzjagen.

4.) Schlafstörungen, die bis zu fast völliger Schlaflosigkeit reichen. Diese Beschwerden nehmen einen großen Teil der von den Probanden geäußerten Leiden ein. Als Ursache - es handelt sich in der Regel um Einschlafstörungen - geben die Patienten Grübeleien, quälende Sorgen, Angst vor den Problemen des nächsten Tages an. Am Fall des Patienten E. R. (abnorme Reaktion bei beruflicher Konfliktsituation) soll dies gezeigt werden.

Der Kranke erzählt mit leiser, fast unverständlicher Stimme, wie die von ihm als große Ungerechtigkeit empfundene Behandlung durch einen neuen Chef zu extremen Formen vegetativer Dysregulation geführt habe. Seit 1966 arbeite er als Pförtner und Marktmeister unter einem neuen Chef, von dem er laufend Demütigungen und ungerechte Zurechtweisungen vor allen anderen Arbeitskollegen erdulden müsse. Hinzu käme, daß unter seinen unmittelbaren Vorgesetzten Streit darüber ausgebrochen sei, wem er eigentlich unterstellt wäre, so daß er von zwei verschiedenen Seiten Anweisungen bekomme und es keinem rechtmachen könne. Mit Einschlafstörungen hätten seine Beschwerden begonnen, hinzugekommen seien bald Angstzustände mit Schweißausbrüchen, Furcht vor dem nächsten Arbeitstag und vor der nächsten Zurechtweisung. In seiner Versagensangst steigerte Herr E. R. sich schließlich in ein Zustandsbild totaler psychovegetativer Erschöpfung. Bei der Testuntersuchung ist der Patient gänzlich unkonzentriert, oft abwesend, dann explodiert er förmlich und ergeht sich in anklagenden Ausrufen gegen seinen Chef, um sofort wieder zu verstummen. Er scheint dann nur schwer zurückzufinden, seine Aufgabe erneut zu begreifen. Jede Frage

muß ihm vorgelesen werden, da er wie abwesend auf das Blatt starrt, als sei es leer. Die Testuntersuchung muß abgebrochen werden. Am nächsten Tag wird sie erneut aufgenommen und dann zu Ende geführt. Der Patient bringt einen Kalender mit, in welchen er seit zwei Jahren die pro Nacht geschlafene Zeit einträgt; z. B.:

17. Mai 1970 von 23.00 Uhr bis 4.00 Uhr geschlafen,
17. November 1970 von 0.00 Uhr bis 2.30 Uhr geschlafen,
23. Dezember 1971 insgesamt 2 Stunden geschlafen.

Auffällig erscheint, daß der Patient beim zweiten Mal versucht, seine Situation zu verharmlosen, trotz allem fühle er sich doch recht wohl, auch möchte er den Arbeitsplatz nicht wechseln, obwohl das ohne größere Schwierigkeiten möglich wäre, da der "alte Chef doch auch gerecht und immer gut" zu ihm gewesen wäre.

Testergebnis des Patienten E. R. (in WP): VEG: 7, SIM: 7, WÄ: 3, DISS: 16, BB: 11, UW: 10, GT: 10, ST: 3. Auffällig sind die Leistungen in den Variablen DISS, BB, UW und GT.

An erster Stelle im "Beschwerdekatalog" standen bei allen Patienten die vegetativen Funktionsstörungen (vgl. oben). Diese wurden ergänzt durch Beobachtungen, wie sich ihr soziales Verhalten, ihr Leistungsvermögen und ihre Produktivität sowie ihre Beziehungen zur engeren und weiteren Umwelt geändert haben. Berichtet wurde von:

5.) Konzentrationsmangel

Nicht selten war eine Bemerkung der Art: "Ich kann keinen Gedanken mehr vernünftig durchdenken".

6.) Leistungsabfall bis zu gänzlicher Arbeitsunfähigkeit.

7.) Zunehmende Interesselosigkeit, wobei sich die Aufmerksamkeit von der Umwelt mehr auf die Beobachtung der eigenen

Person zu verlagern scheint.

8.) Zweifel an der eigenen Leistungsfähigkeit, Verlust des Selbstvertrauens, Ohnmacht gegenüber den Anforderungen des Alltags.

Auf den Fragebogen folgte das projektive Verfahren (PT) der Testbatterie. Es stellte für den Untersucher den interessantesten Abschnitt des Testes dar. Je nach Intelligenzklasse wurden dem Probanden (wie bereits ausführlich beschrieben) vier bzw. fünf verschiedene, in Portraitform abgebildete Personen vorgelegt. Nach einem Schema, welches Eigenschaftspaare des körperlichen und seelischen Zustandes sowie des Leistungs- und Arbeitsverhaltens enthält, sollten diese Personen beurteilt werden. Der Proband mußte sich für eine Alternative der Itempolaritäten und für den Grad der Ausprägung dieser Eigenschaft entscheiden. Eine weitere Möglichkeit blieb in der "Unbestimmt"-Antwort, falls der Kranke sich nicht entscheiden konnte oder wollte.

Das erste Bild a, welches in der Intelligenzgruppe A (überdurchschnittlich intelligent) vorgelegt wurde, zeigt, wie bereits geschildert, einen Neger mit vor das Gesicht geschlagenen Händen. Meist wurde er bezeichnet als "Sportler, der sich konzentriert". Entsprechend findet er sich beurteilt: "sehr stark" ("man weiß ja, was die für Kraft haben"), "sehr schnell" ("die Sprinter, welche die haben"), "sehr gesund" und "sehr hart". Nicht mehr so sicher war man sich bei der Itempolarität "unverwüstlich - rasch verbraucht" und beim Gegensatzpaar "braucht niemand - auf Hilfe angewiesen". "Jemanden braucht man immer", schrieb ein Patient an den Rand des Testbogens. Noch schwerer fiel offensichtlich die Beurteilung des seelischen Zustandes und des sozialen Verhaltens eines schwarzen Sportlers, so daß sich die Entscheidungen hier auf die Kategorien "ziemlich" und "unbestimmt" beschränkten.

Zum Teil tauchten auch Vorstellungen wie "Neger aus Biafra" oder "aus den amerikanischen Slums" auf, was bei der Beurteilung des seelischen Zustandes darin Ausdruck fand, daß mehr die Positionen auf der rechten Seite des Schemas mit Kreuzen belegt wurden.

Ähnlich verlief die Betrachtung der übrigen Bilder. Die "weiße Frau" auf dem 2. Bild b wurde wegen ihres "harten Blickes" ("die denkt sicher nur an sich") kritisiert, aber auch für eine "ganz normale Hausfrau" gehalten, deren Gesicht durch die grobe Abbildung "etwas hart" wirke.

Bei der Beurteilung des 3. Bildes c gingen die Meinungen auseinander. Ein Patient meinte, der junge Mann stünde am Anfang seiner Karriere. Ein anderer glaubte, einen "bedrückt und sorgenvoll in die Zukunft schauenden Blick" zu erkennen; man hielt ihn für einen "Künstler" oder für einen "Studenten, der konzentriert nach vorne schaut".

Einig war man sich wieder weitgehend beim 4. Bild d: "Ist ein Karrieremensch, der um seiner selbst willen andere Menschen in Nachteile bringen könnte", hieß es zuweilen oder "ein Streber ersten Ranges". Daneben auch "ein Revolutionär", "ein Diktator" und "ein Despot", "ein Gewaltmensch", endlich "ein Herrschertyp, der sich durchsetzt". Ein Kranker meinte, es könne sich auch um einen Schauspieler handeln, der eine tragische Rolle spiele.

Das 5. Bild e stellt nach Meinung der meisten Probanden, soweit sie sich überhaupt zu den Portraits äußerten, eine "junge Frau" dar, "die schweres Leid zu tragen hat", "der vielleicht gerade erst der Mann verstorben ist". Zuweilen wird sie auch für eine "Klosterschülerin" gehalten.

Zum 6. Bild f äußerte man sich kaum, während das letzte Bild g für alle Probanden eine "alte Frau" zeigte, die entweder "sehr alt und hilfsbedürftig" oder "alt, aber zäh und

voller Lebenserfahrung" war.

In der Gestaltungsprobe (GT) hatte der Patient zehn vorgegebene Zeichen in Kästchen zu vervollständigen und zu beschriften. Zwei Probanden lehnten eine Bearbeitung von vornherein ab mit der Begründung, sie könnten nicht zeichnen, hätten es auch nie gelernt. "Und überhaupt", meinte der Patient W. B., "bin ich zwar bei Siemens, so etwas hab' ich aber dort noch nicht gesehen". Es fiel auf, daß die meisten Patienten sich mit einer bloßen einfachen Fortführung und Ergänzung des vorgegebenen Zeichens anhand weniger Striche begnügten, ohne das ganze Kästchen auszunützen. Vermieden wurde auch von fast allen die Darstellung bewegter und belebter Szenen, die Abbildung von Personen oder Tieren. Man beschränkte sich auf Gegenstände und geometrische Figuren. Eine Ausnahme machte der Patient W. L., der in die entsprechenden Kästchen einen Clown, einen Arbeiter, einen Elefanten und eine Landschaft malte.

Folgende Zeichen wiederholten sich:

Zeichen 1: rechteckige Gegenstände, wie Kreuz, Tür, Baumstamm und geometrische Figuren.

Zeichen 2: Sicherheitsnadel, Rakete, Hand und Handschuh.

Zeichen 3: 41 von insgesamt 58 Patienten ergänzten den nach unten offenen Winkel zu einem Gebäude, zu einem Haus oder zu einer Kirche, manchmal mit angedeuteter Landschaft.

Zeichen 4: Amboß, meist mit Hammer, daneben Blumen- und Obstschale.

Zeichen 5: 36 von insgesamt 58 Probanden wählten Motive, die mit "Wellen" und "Wasser" verbunden waren.

Zeichen 6: unterschiedliche Objekte wie Hammer, Fisch, Feder, Pfeil, Mütze, Wegweiser.

Zeichen 7: Fußball, Wagen, Sonne, Werkzeug.

Zeichen 8: Zaun, Fenster; Überwiegend Winkel und Dreiecke.

Zeichen 9: Schlange, Flasche, Blume, Pfeife.

Zeichen 10: Hacke, Winkel, Gebäude.

Schwierigkeiten bereiteten die Anfangszeichen 6, 7 und 9. Sie wurden am häufigsten ausgelassen.

Bei manchen Patienten ist in ihren Malwerken eine gewisse Berufsbezogenheit zu erkennen. So zeichnete der Patient W. Pfl. (Beruf: Maschinenschlosser) u. a. "Sechsfachwerkzeug", "Form zum Blechstanzen"; der Patient St. L. produzierte "Stoßaxt", "Dreieckschreinerwinkel", "Gährungswinkel" (Beruf: Zimmerermeister).

Der letzte Teil der Testbatterie, der Schnelligkeitstest (ST), verlief in der Regel reibungslos, nachdem die Testanweisung noch einmal genau erklärt worden war.

Auf grundsätzliche Ablehnung stieß der Test nur in zwei Fällen. Ein Studienrat für Kunsterziehung ließ sich nach langer Diskussion über den Sinn psychologischer Testverfahren die Unterlagen mitgeben, um sie sich "versuchsweise" anzuschauen. Dann lehnte er aber doch ab. Er sei doch hier, um klären zu lassen, daß er nicht verrückt sei. Da er also ein ganz normaler Mensch sei, gehöre er nicht zu dem in Frage kommenden Patientenkreis. Mache er dennoch mit, so müsse er unterstellen, er sei wirklich krank. Außerdem habe er für seinen Fall keinen persönlichen Nutzen davon.

Ein zweiter Patient (W. B.) weigerte sich zu Anfang ebenfalls mit der Begründung: "Da könnt' ich mich ja gleich selber aufhängen. Ich geh' ja auch nicht zum Richter und schreib' auf, was ich angestellt habe. Wenn das so einfach wär' (gemeint ist die Lösung seiner Probleme mit Hilfe psychologischer Testverfahren), da bräucht' ich ja keine Ärzte, sondern könnte meine Diagnose selber stellen". Herr W. B.

ließ sich aber dann doch noch überreden, am Test teilzunehmen, unterbrach sich aber immer wieder mit Bemerkungen, die sein Mißfallen ausdrücken sollten, wie: "Das ist ja reine Psychologie, das mach' ich nicht!", oder: "Der das geschrieben hat, gehört selber hier rein!"

V. ERGEBNISSE

=====

A. Untersuchung der Ausprägungsstärke

=====

1.) Gesamtübersicht über die in den einzelnen Intelligenzklassen erzielten Wertpunkte (WP)

a) Darstellung der WP-Ergebnisse in der Intelligenzklasse A (N = 27)

lfd.	Testteile	Fragebogen				PT		GT	ST	Summe aller
Nr.	Variable	(1)	(2)	(4)	(5)	(1)	(2)			8 Variablen
	Gesamt-Var.	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Initial.	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW			
2	W.B.	6	8	20	4	5	15	17	5	80
3	F.W.Sch.	8	4	13	4	0	2	0	8	39
4	H.R.	20	6	17	0	15	1	17	11	87
8	W.K.	12	10	20	7	6	9	7	6	77
10	Th.B.	18	11	18	3	4	12	5	6	77
11	E.St.	16	13	20	14	9	7	11	5	95
20	G.S.	1	3	11	8	11	9	2	4	49
22	G.B.	11	11	20	2	0	10	2	3	59
25	E.B.	16	17	18	2	13	6	2	6	80
26	G.M.	4	2	2	10	7	15	6	5	51
27	M.L.	5	8	9	0	7	0	16	6	51
30	H.B.	14	11	20	3	9	0	2	5	64
31	W.G.	5	2	2	10	9	6	2	4	40
32	W.P.	7	4	18	3	10	2	2	3	49
36	V.B.	16	12	16	0	5	0	2	5	56
37	L.T.	1	0	2	7	11	7	7	1	36
38	G.Bg.	2	4	4	4	6	6	2	0	28
43	G.R.	3	0	6	9	5	2	11	0	36
45	W.Pfl.	6	4	6	6	13	6	5	2	48
46	M.B.	5	2	3	12	11	0	4	2	39
48	K.E.Th.	8	4	10	0	7	11	2	2	44
49	D.G.	18	10	20	2	7	1	3	1	62
52	G.P.	6	4	3	1	6	4	2	5	31
54	W.L.	8	0	3	8	0	5	2	6	32
55	I.Ö.	6	2	2	2	7	0	3	3	25
57	I.Sch.	17	13	20	0	14	0	2	4	70
58	B.M.	16	8	20	0	11	0	10	5	70

b) Darstellung der WP-Ergebnisse in der Intelligenzklasse C (N = 25)

lfd. Nr.	Testteile Variable	Fragebogen				PT		GT	ST	Summe aller 8 Variablen
	Gesamt-Var.	(1)	(2)	(4)	(5)	(1)	(2)			
	Initial.	1	2	3	4	5	6	7	8	
		VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW			
5	G.J.	3	2	10	4	9	11	14	6	59
7	H.G.E.	4	0	2	4	10	3	12	2	37
9	S.J.	4	5	4	14	8	2	6	3	46
13	W.Bl.	10	6	10	4	5	3	3	3	44
14	E.R.	7	7	3	16	11	10	10	3	67
15	P.H.	1	1	0	16	8	6	4	3	39
16	J.B.	5	5	2	4	7	11	4	6	44
17	St.L.	6	10	3	5	5	1	4	3	37
18	K.H.	6	8	2	20	6	12	9	5	68
19	H.R.	9	11	3	2	11	5	6	2	49
21	J.L.	5	10	6	12	10	3	7	4	57
24	W.Br.	2	1	4	10	7	20	20	3	67
28	M.N.	1	5	5	18	9	15	3	3	59
29	M.Lg.	3	0	8	10	10	5	3	3	42
33	A.H.	4	4	2	6	5	7	8	3	39
34	M.M.	6	9	9	4	8	6	11	4	57
39	R.Sch.	4	4	4	19	11	5	7	6	60
40	M.R.	11	10	10	4	12	1	4	3	55
41	E.B.	9	0	6	3	3	1	14	3	39
42	G.K.	8	13	15	4	11	3	20	7	81
47	H.Ba.	8	4	3	4	5	2	14	3	43
50	H.K.	18	20	6	0	4	0	5	6	59
51	F.S.	11	9	12	4	6	0	5	3	50
53	O.S.	2	4	2	18	14	2	7	7	56
56	A.A.	12	9	10	2	8	1	7	7	56

c) Darstellung der WP-Ergebnisse in der Intelligenzklasse B (N = 6)

lfd.	Testteile	Fragebogen				PT			GT	ST	Summe aller
Nr.	Variable	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)				9 Variablen
	Gesamt-Var.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	Initial.	VEG	SIM	DS	WÄ	BB ₁	BB ₂	UW			
1	K.Sch.	9	11	13	10	11	8	6	6	5	79
6	W.Bi	13	9	11	9	17	4	5	19	6	93
12	O.B.	12	13	9	13	8	7	7	12	5	86
23	M.Nk.	10	14	16	15	10	7	6	17	9	104
35	U.S.	5	10	10	14	4	5	2	4	5	59
44	R.B.	7	6	4	10	5	16	0	6	6	60

d) Die Testdaten M (Mittelwert), AD (durchschnittliche Abweichung) und SW (Spannweite zwischen den Extremen), dargestellt in WP (Wertpunkten) und getrennt nach den einzelnen Intelligenzklassen

Intelligenzklasse A (überdurchschnittlich, N = 27)

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	255	173	323	121	210	136	146	113	1475
M	9,4	6,4	12,0	4,5	7,7	5,0	5,4	4,2	54,6
AD	5,2	4,1	6,9	3,4	3,2	3,4	3,9	1,9	16,4
SW	19	17	18	14	15	15	17	11	70
	1-20	0-17	2-20	0-14	0-15	0-15	0-17	0-11	25-95

Intelligenzklasse C (durchschnittlich, N = 25)

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	159	157	141	207	203	135	207	101	1310
M	6,3	6,3	5,6	8,3	8,1	5,4	8,3	4,0	52,4
AD	2,9	3,8	3,2	5,5	2,3	3,9	3,9	1,4	9,0
SW	17	19	15	20	11	20	17	5	44
	1-18	1-20	0-15	0-20	3-14	0-20	3-20	2-7	37-81

Intelligenzklasse B (unterdurchschnittlich, N = 6)

	VEG	SIM	DS	WÄ	BB ₁	BB ₂	UW	GT	ST	Summe
Summe	55	62	63	71	55	47	26	64	36	479
M	9,1	10,3	10,5	11,8	9,1	7,8	4,3	10,6	6,0	79,8
AD	2,2	2,0	2,8	2,1	3,5	2,7	2,2	5,3	1,0	13,8
SW	8	7	12	6	13	12	7	15	4	43
	5-13	6-13	4-16	9-15	4-17	4-16	0-7	4-19	5-9	59-102

2.) Voruntersuchungen innerhalb der Stichprobe der "psychisch abnormen Patienten" (Untersuchungsstichprobe)

a) Statistische Methode

Die statistische Methode zur Prüfung der (WP-) Ergebnisse auf Gruppenunterschiede ist das Verfahren nach WILCOXON (vgl. PFANZAGL, 1962). Dieses beruht auf dem Prinzip eines Vorzeichen-Rang-Testes, dem nicht unmittelbar die in den beiden zu vergleichenden Stichproben enthaltenen Werte, sondern deren Rangzahlen zugrunde liegen.

1. Bestimmt wird dabei $\underline{R_1}$, definiert als Summe der Rangzahlen der kleineren Stichprobe N_1 ; N_2 ist der Umfang der größeren Stichprobe, während N_1 den Umfang derjenigen Stichprobe darstellt, auf die R_1 sich bezieht.

2. Berechnet wird sodann der sog. Erwartungswert EW (Erwartungswert bei Unabhängigkeit) als

$$EW = \frac{N_1 (N_1 + N_2 + 1)}{2}$$

3. Die Feststellung der Sicherheitswahrscheinlichkeit geht aus vom Wert c , der sich aus der absoluten Differenz der Rangzahlsumme vom Erwartungswert ergibt.

$$c = R_1 - EW$$

Bei Stichproben von hinreichender Größe: $N_1 > 4$

$$N_2 > 4$$

$$N_1 + N_2 > 30$$

gilt die Beziehung:

$$c = N_{\alpha} \sqrt{\frac{N_1 N_2 (N_1 + N_2 + 1)}{12}}; \text{ daraus folgt für } N_{\alpha}$$

$$N_{\alpha} = \frac{c}{\sqrt{\sim}}$$

Für $N_{\alpha} \geq 2,58$ wird garantiert eine Irrtumswahrscheinlichkeit bzw. ein Sicherheitsniveau von 1 %, für $N_{\alpha} \geq 1,96$ eine Irrtumswahrscheinlichkeit bzw. ein Sicherheitsniveau von 5 %.

Bleibt N_{α} wegen nicht hinreichender Stichprobengröße ($N_1 + N_2 < 30$) unbestimmt, so vergleicht man den als absolute Differenz von R_1 und EW erhaltenen Wert mit dem Wert für c , der in entsprechenden Tabellen einsehbar ist.

Zwei Stichproben gelten dann als signifikant differenzierend, wenn

$$R_1 - EW \geq c \quad \text{oder} \quad R_1 - EW \leq -c$$

b) Einfluß der abhängigen Variablen Intelligenz, Alter und Geschlecht auf die Testergebnisse

Im folgenden Abschnitt soll überprüft werden, inwieweit die Testergebnisse der Untersuchungsgruppe beeinflusst werden von den abhängigen Variablen Intelligenz, Geschlecht und Alter

1) Keine Variable konstant:

1. Vergleich der WP-Ergebnisse der Intelligenzklassen A, B und C

a) Ergebnisse des Vergleiches IQ-Klasse B (N = 6) mit IQ-Klasse A (N = 27)

Verglichen werden:

für Klasse B: N = 6 Pat.

Alter: M = 35,8

AD = 13,2

SW = 37 (17 - 54)

Geschlecht: m = 2

w = 4

für Klasse A: N = 27 Pat.

Alter: M = 29,8

AD = 10,0

SW = 41 (15 - 56)

Geschlecht: m = 19

w = 8

	VEG	SIM	WÄ	DISS ¹	BB	UW	GT	ST	Summe
R ₁	107,5	145,0	96,0	-	111,0	97,5	117,5	140,5	-
EW	102,0	102,0	102,0	-	102,0	102,0	102,0	102,0	-
c	5,5	43,5	6,0	-	9,0	4,5	15,5	38,5	-
N _α	0,24	2,00	0,28	-	0,42	0,21	0,72	1,79	-

¹ Für die Variable DISS konnte der Gruppenvergleich nicht durchgeführt werden, da dieser Untertest in der Batterie für die Intelligenzklasse B nicht enthalten ist (an deren Stelle tritt im Test die Meßgröße DS).

Nr. der Testvariable	N _α oder c	Sicherheits- niveau
1	0,24	-
2	2,00	5 %
3	0,28	-
4	-	-
5	0,42	-
6	0,21	-
7	0,72	-
8	1,79	-
WP _{ges}	-	-

b) Ergebnisse des Vergleiches IQ-Klasse C (N = 25) mit IQ-Klasse A (N = 27)

Verglichen werden:

für Klasse C: N = 25 Pat.

Alter: M = 33,2

AD = 10,06

SW = 48 (17 - 65)

Geschlecht: m = 19

w = 6

für Klasse A: N = 27 Pat.

Alter: M = 29,8

AD = 10,0

SW = 41 (15 - 56)

Geschlecht: m = 19

w = 8

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R ₁	565,0	657,5	508,0	739,5	678,0	682,0	765,5	547,5	656,5
EW	662,5	662,5	662,5	662,5	662,5	662,5	662,5	662,5	662,5
c	97,5	5,0	154,5	77,0	15,5	19,5	103,0	115,0	6,0
N _α	1,78	0,09	2,83	1,41	0,28	0,35	1,88	2,10	0,11

Nr. der Testvariable	N _α oder c	Sicherheits- niveau
1	1,78	-
2	0,09	-
3	2,83	1 %
4	1,41	-
5	0,28	-
6	0,35	-
7	1,88	-
8	2,10	5 %
WP _{ges}	0,11	-

c) Ergebnisse des Vergleiches IQ-Klasse B (N = 6) mit IQ-Klasse C (N = 25)

Verglichen werden:

IQ-Klasse B: N = 6 Pat.

Alter: M = 35,8

AD = 13,2

SW = 37 (17 - 54)

Geschlecht: m = 2

w = 4

IQ-Klasse C: N = 25 Pat.

Alter: M = 33,2

AD = 10,06

SW = 48 (17 - 65)

Geschlecht: m = 19

w = 6

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R ₁	134,5	144,5	154,0	-	101,0	96,5	111,5	138,5	-
EW	96,0	96,0	96,0	-	96,0	96,0	96,0	96,0	-
c	38,5	48,5	58,0	-	5,0	0,5	15,5	42,5	-
N _α	1,92	2,42	2,90	-	0,25	0,02	0,70	2,12	-

Nr. der Testvariable	N _α oder c	Sicherheits- niveau
1	1,92	-
2	2,42	5 %
3	2,90	1 %
4	-	-
5	0,25	-
6	0,02	-
7	0,77	-
8	2,12	5 %
WP _{ges}	-	-

2. Vergleich der WP-Ergebnisse in den Altersklassen a, b und c

a) Zusammenfassende Datenübersicht in den 3 Altersklassen

Altersklasse a (15 - 25 Jahre) mit N = 25 Patienten

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	151	121	206	152	107	145	141	88	1237
M	6,0	4,8	8,2	6,1	7,9	5,8	5,6	3,5	49,5
AD	2,9	3,9	6,0	4,5	2,7	3,8	3,4	1,5	16,6
SW	15	12	20	19	13	20	18	6	55
	1-16	0-12	0-20	0-19	0-13	0-20	2-20	0-6	25-80

Altersklasse b (26 - 50 Jahre) mit N = 28 Patienten

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	269	222	267	164	223	136	215	110	1637
M	9,6	7,9	9,5	5,8	7,9	4,8	7,7	3,9	58,5
AD	4,3	3,9	5,4	4,9	2,4	3,9	3,3	1,6	12,9
SW	18	20	18	20	12	15	15	10	58
	2-20	0-20	2-20	0-20	3-25	0-15	2-17	1-11	37-95

Altersklasse c (51 - 65 Jahre) mit N = 5 Patienten

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	50	50	62	12	42	17	60	33	372
M	10,0	10,0	12,4	2,4	9,4	3,4	12,0	6,6	65,4
AD	1,6	2,8	2,3	2,04	2,8	1,7	8,0	1,7	4,2
SW	5	10	6	0	12	5	20	6	65
	8-13	4-14	9-15	4-4	0-12	1-6	0-20	3-9	39-104

b) Ergebnisse des Vergleiches der Altersklasse a (N = 25)
mit der Altersklasse b (N = 28)

Verglichen werden:

Altersklasse a

(15 - 25 Jahre alt)

Intelligenzklassen:

Int.-Klasse - A 15 Pat.

Int.-Klasse - B 2 Pat.

Int.-Klasse - C 8 Pat.

Geschlecht: m = 16

w = 9

Altersklasse b

(26 - 50 Jahre alt)

Intelligenzklassen:

Int.-Klasse - A 11 Pat.

Int.-Klasse - B 2 Pat.

Int.-Klasse - C 15 Pat.

Geschlecht: m = 20

w = 8

	VEG	SIM	WÄ	DISS ¹	BB ²	UW	GT	ST	Summe ¹
R ₁	533	544	643	-	702,5	697,5	610	560,5	-
EW	675	675	675	-	675	675	675	675	-
c	142	131	32	-	27,5	22,5	65	114,5	-
N _α	2,53	2,33	0,56	-	0,49	0,40	1,15	2,04	-

Nr. der Testvariable	N _α oder c	Sicherheits- niveau
1	2,53	5 %
2	2,33	5 %
3	0,56	-
4	-	-
5	0,49	-
6	0,40	-
7	1,15	-
8	2,04	5 %
WP _{ges}	-	-

¹Beim Vergleich der Altersklassen konnten die Werte der Variablen DISS und WP_{ges} (= Summe) nicht verwendet werden, da die Vergleichsgruppen sich aus Probanden aller Int.-Klassen zusammensetzen.

²Für die Variable BB wurde bei den Patienten der Int.-Klasse B das arithmetische Mittel aus BB₁ und BB₂ eingesetzt.

c) Ergebnisse des Vergleiches der Altersklasse c (N = 5)
mit der Altersklasse a (N = 25)

Verglichen werden:

Altersklasse c

(51 - 65 Jahre alt)

Intelligenzklassen:

Int.-Klasse - A 1 Pat.

Int.-Klasse - B 2 Pat.

Int.-Klasse - C 2 Pat.

Geschlecht: m = 4

w = 1

Altersklasse a

(15 - 25 Jahre alt)

Intelligenzklassen:

Int.-Klasse - A 15 Pat.

Int.-Klasse - B 2 Pat.

Int.-Klasse - C 8 Pat.

Geschlecht: m = 16

w = 9

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R_1	113,5	117,5	83,5	-	91	63	50	125,5	-
EW	77,5	77,5	77,5	-	77,5	77,5	77,5	77,5	-
c	36	40	6	-	13,5	14,5	27,5	47	-
N_α	2,07	2,22	0,33	-	0,75	0,81	1,54	2,63	-

Nr. der Testvariable	N_α oder c	Sicherheits- niveau
1	2,07	5 %
2	2,22	5 %
3	0,33	-
4	-	-
5	0,75	-
6	0,81	-
7	1,54	-
8	2,63	1 %
WP _{ges}	-	-

d) Ergebnisse des Vergleiches der Altersklasse c (N = 5)
mit der Altersklasse b (N = 28)

Verglichen werden:

Altersklasse c

(51 - 65 Jahre alt)

Intelligenzklassen:

Int.-Klasse - A 1 Pat.

Int.-Klasse - B 2 Pat.

Int.-Klasse - C 2 Pat.

Geschlecht: m = 4

w = 1

Altersklasse b

(26 - 50 Jahre alt)

Intelligenzklassen:

Int.-Klasse - A 11 Pat.

Int.-Klasse - B 2 Pat.

Int.-Klasse - C 15 Pat.

Geschlecht: m = 20

w = 8

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R ₁	98	110	109	-	103	79,5	94	122,5	-
EW	85	85	85	-	85	85	85	85	-
c	13	25	24	-	18	5,5	9	37,5	-
N _α	0,65	1,25	1,20	-	0,90	0,27	0,45	1,82	-

Nr. der Testvariable	N _α oder c	Sicherheits- niveau
1	0,65	-
2	1,25	-
3	1,20	-
4	-	-
5	0,90	-
6	0,27	-
7	0,45	-
8	1,82	-
WP _{ges}	-	-

3. Vergleich der WP-Ergebnisse der Geschlechtergruppen

a) Zusammenfassende Datenübersicht

Weibliche Stichprobe mit N = 18 Patienten

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	188	146	190	90,5	148	52	106	80	1045,5
M	10,4	8,1	10,5	2,5	8,2	2,8	5,8	4,4	58,08
AD	4,1	3,5	5,3	3,4	2,1	2,8	3,3	1,1	13,5
SW	15	13	20	14	9	11	12	6	70
	3-18	0-13	0-20	0-14	3-14	0-11	2-14	1-7	25-95

Männliche Stichprobe mit N = 40 Patienten

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	282	247	322	318,5	314	245	311	170	2221,5
M	7,05	6,1	8,05	7,9	7,8	6,1	7,7	4,2	55,53
AD	3,7	3,8	5,4	4,8	2,9	3,8	4,7	1,9	14,11
SW	19	20	20	20	15	20	20	11	67,5
	1-20	0-20	0-20	0-20	0-15	0-20	0-20	0-11	28-95,5

Da in beiden Stichproben Personen aller drei Intelligenz-
klassen enthalten sind, ergeben sich für die Berechnung
der zu vergleichenden Testleistungen Schwierigkeiten. In
Int.-Klasse B wird die Variable DISS nicht bestimmt. Die
Werte für diese Meßgröße sind nach dem arithmetischen Mit-
tel der restlichen 3 Variablen des Fragebogens eingesetzt.
Des weiteren erscheint im Testblatt für die Intelligenz-
klasse B die Variable BB aufgelöst in BB_1 und BB_2 . Um ver-
gleichbare Werte zu erhalten, sind beide zum Mittelwert zu-
sammengefaßt.

Für die Erhebung der WP-Gesamtsumme (WP_{ges}) dagegen werden
die in der Meßgröße DISS der Intelligenzklasse B aufgefüll-
ten Werte nicht verwendet, da die Summe sich sonst aus 9
Teilwerten zusammensetzte.

Dieselbe Verfahrensweise gilt für alle Berechnungen und statistischen Vergleiche, bei denen die Stichprobe aus Personen besteht, die unterschiedlichen Intelligenzklassen angehören.

b) Ergebnisse des Vergleiches der WP-Ergebnisse der Geschlechtergruppen "männlich" gegen "weiblich"

Verglichen werden:

Geschlechtsgruppe m:

(N = 40 Probanden)

Intelligenzklassen:

Int.-Klasse A 19 Pat.

Int.-Klasse B 2 Pat.

Int.-Klasse C 19 Pat.

Altersklassen:

a = 16 Pat.

b = 20 Pat.

c = 4 Pat.

Geschlechtsgruppe w:

(N = 18 Probanden)

Intelligenzklassen:

Int.-Klasse A 8 Pat.

Int.-Klasse B 4 Pat.

Int.-Klasse C 6 Pat.

Altersklassen:

a = 9 Pat.

b = 8 Pat.

c = 1 Pat.

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R ₁	629,5	636,0	642,5	487,5	542,0	390,0	471,5	565,5	586,5
EW	531	531	531	531	531	531	531	531	531
c	98,5	105,0	111,5	43,5	11,0	141,0	59,5	34,5	53,5
N _α	1,65	1,76	1,87	0,73	0,18	2,36	1,00	0,58	0,93

Nr. der Testvariable	N _α oder c	Sicherheits- niveau
1	1,65	-
2	1,76	-
3	1,87	-
4	0,73	-
5	0,18	-
6	2,36	5 %
7	1,00	-
8	0,58	-
WP _{ges}	0,93	-

2) Eine Variable konstant:

1. Vergleich der WP-Ergebnisse der Geschlechtergruppen bei konstanter Intelligenz

a) Intelligenzklasse A (überdurchschnittlich intelligent)

Verglichen werden:

m
N = 19 Patienten

Altersklassen:

a = 10 Pat.

b = 8 Pat.

c = 1 Pat.

w
N = 8 Patienten

Altersklassen:

a = 5 Pat.

b = 3 Pat.

c = -

(1) Zusammenfassende Datenübersicht

Weibliche Stichprobe mit N = 8 Patienten

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	109	73	121	22	68	12	35	33	473
M	13,6	9,1	15,1	2,7	8,5	1,5	4,3	4,1	59,1
AD	3,8	3,3	6,3	2,8	2,2	2,0	3,1	3,0	12,3
SW	12	11	18	14	9	7	9	4	70
	6-18	2-13	2-20	0-14	5-14	0-7	2-11	1-5	25-95

Männliche Stichprobe mit N = 19 Patienten

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	146	100	202	99	140	124	111	80	1002
M	7,6	5,2	10,6	5,2	7,3	6,5	5,8	4,2	52,7
AD	3,6	3,6	6,2	3,1	3,5	3,7	4,2	2,2	15,1
SW	19	17	18	12	13	15	17	11	59
	1-20	0-17	2-20	0-12	0-13	0-15	0-17	0-11	28-87

(2) Ergebnisse des Gruppenvergleiches

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R ₁	154,0	150,0	141,0	76,5	122,5	61,0	104,5	109,5	125,0
EW	112,0	112,0	112,0	112,0	112,0	112,0	112,0	112,0	112,0
c	42,0	38,5	29,0	35,0	10,5	51,0	7,5	2,5	13,0

Nr. der Testvariable	c	Sicherheits- niveau
1	42,0	5 %
2	38,5	5 %
3	29,0	-
4	35,0	-
5	10,5	-
6	51,0	1 %
7	7,5	-
8	2,5	-
WP _{ges}	13,0	-

b) Intelligenzklasse C (durchschnittlich intelligent)

Verglichen werden:

m
N = 19 Patienten

Altersklassen:

a = 6 Pat.

b = 12 Pat.

c = 1 Pat.

w
N = 6 Patienten

Altersklassen:

a = 2 Pat.

b = 3 Pat.

c = 1 Pat.

(1) Zusammenfassende Datenübersicht

Weibliche Stichprobe mit N = 6 Patienten

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	46	33	45	27	48	25	43	26	293
M	7,6	5,5	7,5	4,5	8,0	4,1	7,1	4,3	48,8
AD	3,0	3,8	2,3	1,6	2,0	3,1	3,5	1,4	7,1
SW	9	10	8	8	9	10	11	4	18
	3-12	0-10	2-10	2-10	3-12	1-11	3-14	3-7	39-57

Männliche Stichprobe mit N = 19 Patienten

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	113	124	96	180	155	110	164	75	1017
M	5,9	6,5	5,0	9,4	8,1	5,7	8,6	3,9	53,5
AD	3,1	3,7	3,0	6,0	2,3	4,2	4,0	1,3	10,2
SW	17	20	15	20	7	20	17	5	44
	1-18	0-20	0-15	0-20	4-11	0-20	3-20	2-7	37-81

(2) Ergebnisse des Gruppenvergleiches

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R ₁	99,5	73,0	100,0	56,0	77,5	67,5	67,5	88,0	62,5
EW	78,0	78,0	78,0	78,0	78,0	78,0	78,0	78,0	78,0
c	21,5	5,0	22,0	22,0	0,5	10,5	10,5	10,0	15,5

Nr. der Testvariablen	c	Sicherheits- niveau
1	21,5	-
2	5,0	-
3	22,0	-
4	22,0	-
5	0,5	-
6	10,5	-
7	10,5	-
8	10,0	-
WP _{ges}	15,5	-

2. Vergleich der WP-Ergebnisse der Intelligenzklassen bei konstantem Geschlecht

a) Männliche Untersuchungsgruppe

Verglichen werden:

Intelligenzklasse A:

N = 19 Männer

Altersklassen:

a = 10 Pat.

b = 8 Pat.

c = 1 Pat.

Intelligenzklasse C:

N = 19 Männer

Altersklassen:

a = 6 Pat.

b = 12 Pat.

c = 1 Pat.

(1) Zusammenfassende Datenübersicht

Männliche Stichprobe der Intelligenzklasse A

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	146	100	202	99	140	124	111	80	1002
M	7,6	5,2	10,6	5,2	7,3	6,5	5,8	4,2	52,7
AD	3,6	3,6	6,2	3,1	3,5	3,7	4,2	2,2	15,1
SW	19	17	18	12	13	15	17	11	59
	1-20	0-17	2-20	0-12	0-13	0-15	0-17	0-11	28-87

Männliche Stichprobe der Intelligenzklasse C

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	113	124	96	180	155	110	164	75	1017
M	5,9	6,5	5,0	9,4	8,1	5,7	8,6	3,9	53,5
AD	3,1	3,7	3,0	6,0	2,3	4,2	4,0	1,3	10,2
SW	17	20	15	20	7	20	17	5	44
	1-18	0-20	0-15	0-20	4-11	0-20	3-20	2-7	37-81

(2) Ergebnisse des Gruppenvergleiches

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R ₁	402,5	450,5	337,5	305,5	358,5	392,0	294,0	374,5	351,0
EW	370,5	370,5	370,5	370,5	370,5	370,5	370,5	370,5	370,5
c	32,0	80,0	33,0	65,0	12,5	21,5	76,5	4,0	29,5
N _α	0,93	2,33	0,96	1,89	0,36	0,62	2,23	0,11	0,57

Nr. der Testvariablen	N oder c	Sicherheits- niveau
1	0,93	-
2	2,33	5 %
3	0,96	-
4	1,89	-
5	0,36	-
6	0,62	-
7	2,23	5 %
8	0,11	-
WP _{ges}	0,57	-

b) Weibliche Untersuchungsgruppe

Verglichen werden:

Intelligenzklasse A:

N = 8 Frauen

Altersklassen:

a = 5 Pat.

b = 3 Pat.

c = -

Intelligenzklasse C:

N = 6 Frauen

Altersklassen:

a = 2 Pat.

b = 3 Pat.

c = 1 Pat.

(1) Zusammenfassende Datenübersicht

Weibliche Stichprobe der Intelligenzklasse A

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	109	73	121	22	68	12	35	33	473
M	13,6	9,1	15,1	2,7	8,5	1,5	4,3	4,1	59,1
AD	3,8	3,3	6,3	2,8	2,2	2,0	3,1	3,0	12,3
SW	12	11	18	14	9	7	9	4	70
	6-18	2-13	2-20	0-14	5-14	0-7	2-11	1-5	25-95

Weibliche Stichprobe der Intelligenzklasse C

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	46	33	45	27	48	25	43	26	293
M	7,6	5,5	7,5	4,5	8,0	4,1	7,1	4,3	48,8
AD	3,0	3,8	2,3	1,6	2,0	3,1	3,5	1,4	7,1
SW	9	10	8	8	9	10	11	4	18
	3-12	0-10	2-10	2-10	3-12	1-11	3-14	3-7	39-57

(2) Ergebnisse des Gruppenvergleiches

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R ₁	28,0	32,0	31,5	60,5	45,0	59,5	59,5	44,0	34,5
EW	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0
c	17,0	13,0	13,5	15,5	-	14,5	14,5	1,0	10,5

Nr. der Testvariablen	c	Sicherheits- niveau
1	17,0	5 %
2	13,0	-
3	13,5	-
4	15,5	-
5	-	-
6	14,5	-
7	14,5	-
8	1,0	-
WP _{ges}	10,5	-

3. Vergleich der WP-Ergebnisse der Altersklassen a (15 - 25) und b (26 - 50) bei konstanter Intelligenz

a) Intelligenzklasse A / Altersklassen a und b

Verglichen werden:

Altersklasse a:

N = 15 Patienten

Geschlecht:

m = 10 Pat.

w = 5 Pat.

Altersklasse b:

N = 11 Patienten

Geschlecht:

m = 8 Pat.

w = 3 Pat.

(1) Zusammenfassende Datenübersicht

Intelligenzklasse A / Altersklasse a

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	108	73	154	69	110	66	73	49	702
M	7,2	4,8	10,2	4,6	7,3	4,4	4,8	3,2	46,8
AD	3,8	3,4	7,0	2,9	3,2	3,7	3,4	1,6	13,4
SW	15	12	18	12	13	15	15	6	55
	1-16	0-12	2-20	0-12	0-13	0-15	2-17	0-6	25-80

Intelligenzklasse A / Altersklasse b

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	139	96	156	48	98	68	73	56	734
M	12,6	8,7	14,1	4,3	8,8	6,1	6,6	5,0	66,7
AD	5,3	3,9	6,1	4,2	2,8	4,2	4,4	1,9	15,5
SW	16	15	18	12	11	15	15	10	55
	4-20	2-17	2-20	0-12	4-15	0-15	2-17	1-11	40-95

(2) Ergebnisse des Gruppenvergleiches

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R ₁	191,5	185,0	167,0	137,5	165,5	167,5	165,5	185,5	198,0
EW	148,5	148,5	148,5	148,5	148,5	148,5	148,5	148,5	148,5
c	43,0	36,5	18,5	11,0	17,0	19,0	17,0	36,5	49,5

Nr. der Testvariablen	c	Sicherheits- niveau
1	43,0	5 %
2	36,5	-
3	18,5	-
4	11,0	-
5	17,0	-
6	19,0	-
7	17,0	-
8	36,5	-
WP _{ges}	49,5	1 %

b) Intelligenzklasse C / Altersklassen a und b

Verglichen werden:

Altersklasse a:

N = 8 Patienten

Geschlecht:

m = 6 Pat.

w = 2 Pat.

Altersklasse b:

N = 15 Patienten

Geschlecht:

m = 12 Pat.

w = 3 Pat.

(1) Zusammenfassende Datenübersicht

Intelligenzklasse C / Altersklasse a

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	29	27	28	83	73	70	59	28	397
M	3,6	3,3	3,5	10,3	9,1	8,7	7,3	3,5	49,6
AD	1,8	2,8	1,7	5,4	1,3	4,9	4,3	1,2	9,2
SW	8	11	8	17	4	17	17	4	30
	1-9	0-11	0-8	2-19	7-11	3-20	3-20	2-6	37-67

Intelligenzklasse C / Altersklasse b

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	111	107	88	116	107	61	124	63	777
M	7,4	7,1	5,8	7,7	7,1	4,0	8,2	4,2	51,8
AD	3,1	3,3	2,9	5,5	2,0	3,2	2,9	1,3	8,6
SW	16	20	10	20	11	12	11	4	31
	2-18	0-20	2-12	0-20	3-14	0-12	3-14	3-7	37-68

(2) Ergebnisse des Gruppenvergleiches

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R ₁	59	67,5	73,5	108,5	135	129	77	76	90
EW	96	96	96	96	96	96	96	96	96
c	37	28,5	22,5	12,5	39	33	19	20	6

Nr. der Testvariablen	c	Sicherheits- niveau
1	37,0	5 %
2	28,5	-
3	22,5	-
4	12,5	-
5	39,0	5 %
6	33,0	5 %
7	19,0	-
8	20,0	-
WP _{ges}	6,0	-

c) Überprüfung auf Abhängigkeit der Testergebnisse von drei diagnostischen Untergruppen

Entsprechend der Zugehörigkeit der Patienten zu den in Abschnitt II zusammengestellten Diagnosegruppen soll untersucht werden, ob sich zwischen diesen Gruppen Unterschiede in den Testergebnissen aufzeigen lassen.

(1) Zusammenfassende Datenübersicht

Verglichen werden:

1. Patienten der Gruppe "abnorme Erlebnisreaktion" (N = 22)

Intelligenzklassen: A = 10 Pat.
 B = 2 Pat.
 C = 10 Pat.

Altersverteilung: a = 14 Pat.
 b = 7 Pat.
 c = 1 Pat.

Geschlechterverteilung: m = 12 Pat.
 w = 10 Pat.

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	164	150	196	152	180	128	139	94	1215
M	7,4	6,8	8,9	6,9	8,1	5,8	6,3	4,3	55,2
AD	3,9	3,8	6,2	4,9	2,4	3,6	3,9	1,4	14,5
SW	16	16	20	19	14	20	20	8	70
	1-17	1-17	0-20	0-19	0-14	0-20	0-20	0-8	25-95

2. Patienten der Gruppe "abnorme Entwicklung" (N = 16)

Intelligenzklassen: A = 9 Pat.

B = 1 Pat.

C = 6 Pat.

Altersverteilung: a = 5 Pat.

b = 11 Pat.

c = -

Geschlechterverteilung: m = 10 Pat.

w = 6 Pat.

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	164	107	168	92	101,5	75	90	67	861,5
M	10,2	6,6	10,5	5,7	6,3	4,6	5,6	4,1	53,8
AD	4,7	4,6	6,4	3,8	2,3	3,5	2,9	1,3	13,6
SW	15	20	18	14	11	15	12	5	46,5
	3-18	0-20	2-20	0-14	0-11	0-15	2-14	1-6	32-78,5

3. Patienten der Gruppe "abnorme Persönlichkeit" (N = 20)

Intelligenzklassen: A = 8 Pat.

B = 3 Pat.

C = 9 Pat.

Altersverteilung: a = 6 Pat.

b = 10 Pat.

c = 4 Pat.

Geschlechterverteilung: m = 18 Pat.

w = 2 Pat.

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	142	126	171	148,5	179,5	94	188	89	1170
M	7,0	6,3	8,5	7,4	8,9	4,7	9,9	4,4	58,5
AD	3,5	3,6	4,5	4,8	2,7	3,8	5,1	2,2	15,5
SW	20	14	18	20	15	12	18	10	59,5
	1-20	0-14	2-20	0-20	0-15	0-12	2-20	1-11	36-95,5

(2) Ergebnisse des Gruppenvergleiches in den drei Diagnosegruppen

Aufgrund der Erfahrungen in den vorhergehenden Untersuchungen wurden hier nur diejenigen WP-Ergebnisse in den Variablen verglichen, die ein differenzierendes Verhalten erwarten ließen.

1. Vergleich "abnorme Reaktion" / "abnorme Entwicklung"

	VEG	SIM	WÄ	BB
R ₁	362	294	329,5	252,5
EW	312	312	312	312
c	50	18	17,5	59,5
N _α	1,4	0,5	0,5	1,7

2. Vergleich "abnorme Reaktion" / "abnorme Persönlichkeit"

	VEG	SIM	WÄ	GT
R ₁	423,5	400,5	425	498,5
EW	430	430	430	430
c	6,5	29,5	5,0	68,5
N _α	0,1	0,7	0,1	1,7

3. Vergleich "abnorme Entwicklung" / "abnorme Persönlichkeit"

	VEG	SIM	WÄ	BB	GT
R ₁	347	299	320	217	237
EW	296	296	296	296	296
c	51,0	3,5	24,0	78,5	58,5
N _α	1,6	0,1	0,7	2,4	1,8

(3) Verbalisierung der statistisch ermittelten Sach-
verhalte

Der statistische Vergleich der WP-Ergebnisse in den drei Diagnosegruppen auf signifikant differenzierendes Verhalten zeigt keine überzufällig sich unterscheidenden Werte. Die Ergebnisse liegen für N_{α} mit einer Ausnahme sämtlich unter dem für 95 % Sicherheitswahrscheinlichkeit geforderten Wert von 1,96. Nur in den Vergleichsgruppen "abnorme Entwicklung" / "abnorme Persönlichkeit" ergibt sich in der Variable BB ein Wert von $N_{\alpha} = 2,4$. Demzufolge unterscheiden sich die mit dem Etikett "abnorme Entwicklung" versehenen Patienten von den als "abnorme Persönlichkeit" eingestuften Kranken insofern, als diese in Porträtform abgebildete Personen positiver beurteilen als jene.

d) Zusammenfassende Darstellung der bisherigen Ergebnisse

Ziel dieser Berechnungen war, zu überprüfen, ob innerhalb der Patientengruppe mit der Diagnose "psychisch abnorme Personen" (Untersuchungsgruppe) gruppenspezifisch abhängige, d. h. durch die Variablen Geschlecht, Intelligenz und Alter beeinflusste Testresultate nachgewiesen werden können. Folgende Aussagen lassen sich hierzu treffen:

1. Ob die Testergebnisse der Patienten geschlechtsabhängig sind oder nicht, hängt von der jeweiligen Intelligenzklasse ab. In der Gruppe der durchschnittlich Begabten (Intelligenzklasse C) zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Differenzen. Hingegen weist die Stichprobe der überdurchschnittlich Begabten (Intelligenzklasse A) geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Dies gilt für die Variablen VEG, SIM und UW. Demzufolge sind die Frauen vegetativ stärker beeinträchtigt; sie neigen auch mehr zu simulativen Verhaltensweisen. Die Männer hingegen zeigen sich mehr entscheidungsgemmt.

2. Inwieweit die Testergebnisse der Patienten intelligenzabhängig sind, hängt z. T. vom Geschlecht ab. So differenzieren zwischen überdurchschnittlich (Intelligenzklasse A) und durchschnittlich (Intelligenzklasse C) begabten Männern die Variablen SIM und GT, während die Frauen jener beiden Intelligenzklassen (A und C) sich nur hinsichtlich der Variablen VEG unterscheiden. Dies besagt, daß durchschnittlich begabte Männer mehr zu simulativem Verhalten neigen als überdurchschnittlich begabte Männer; außerdem erweisen sich durchschnittlich begabte Männer produktiver im gestalterischen Verfahren des Testes.

Bei den Frauen hingegen neigen überdurchschnittlich Begabte mehr zur Betonung vegetativer Beschwerden als durchschnittlich Begabte.

3. Inwieweit die Testergebnisse altersabhängig sind, zeigen die Vergleichsergebnisse der Altersklassen a (15 - 25 Jahre alt) und b (26 - 50 Jahre alt) bei jeweils konstanter Intelligenz. So unterscheiden sich die überdurchschnittlich begabten Patienten der beiden Altersklassen (a und b) in der WP-Gesamtsumme und in der Variablen VEG. Die durchschnittlich begabten Patienten der beiden Altersklassen zeigen differierende Ergebnisse in den Variablen VEG, BB und UW. Demzufolge sind überdurchschnittlich und durchschnittlich begabte Patienten der mittleren Altersklasse (b) vegetativ stärker beeinträchtigt als Patienten der jüngeren Altersklasse (a). Der Einfluß der Intelligenz auf die Testergebnisse in den Altersklassen zeigt sich darin, daß in der Gruppe der überdurchschnittlich Begabten die Patienten mittleren Alters ein deutlich höheres Gesamtergebnis erzielen als die Patienten jüngeren Alters. Bei den durchschnittlich Begabten neigen die Patienten der jüngeren Altersgruppe zu einer positiveren Einschätzung der im Polaritätenschema (Variable BB) dargebotenen Personen; sie erweisen sich zudem als vermehrt entscheidungsgehemmt.

4. Ob die Testergebnisse der Patienten von der Zuordnung zu diagnostischen Untergruppen abhängig sind, läßt sich nicht nachweisen. Mit Ausnahme des Unterschiedes beim Vergleich der Patientengruppe mit der Etikettierung "abnorme Entwicklung" gegen die Diagnosegruppe "abnorme Persönlichkeit" in der Variable BB ergeben sich keine Differenzen.

3.) Überprüfung auf Signifikanz der Unterschiede zwischen den Stichproben der Hirngeschädigten (Vergleichsgruppe U_1) und den "psychisch abnormen Patienten" (Untersuchungsgruppe U_2)

Nachdem in den vorausgehenden Abschnitten die hier untersuchte Stichprobe auf die Abhängigkeit der Testergebnisse von den Variablen Intelligenz, Alter und Geschlecht überprüft wurde, soll jetzt das eigentliche Ziel dieser Arbeit in Angriff genommen werden: die Prüfung des Defekttestes hinsichtlich seines Validitätskriteriums. Mißt die Testbatterie das, was sie zu messen vorgibt (das irreversible psychische Defektsyndrom nach Hirnkontusion), dann müssen sich zumindest in einigen Einzelvariablen die beiden Stichproben (Vergleichs- und Untersuchungsgruppe, vgl. oben) statistisch signifikant unterscheiden.

a) Gegenüberstellung der beiden Stichproben: Vergleich der personalen Daten

Zieht man die nur sehr geringfügige Abhängigkeit der Testergebnisse von den Variablen Alter und Geschlecht in Betracht (vgl. vorhergehenden Abschnitt), so sind die beiden Stichproben, wie der folgenden Gegenüberstellung zu entnehmen ist, annähernd optimal vergleichbar.

Gegenüberstellung der beiden Stichproben

Stichprobe	U_1 (N = 50)	U_2 (N = 58)
Geschlechts-	m = 39 (78 %)	m = 40 (69 %)
verteilung	w = 11 (22 %)	w = 18 (31 %)
Alters-	M = 34,6	M = 31,7
verteilung	AD = 12,3	AD = 11,8
	SW = 52,7	SW = 50,0
	(15 - 67)	(15 - 65)

Berufe

Männer:

11 Handwerker,
 6 handw. Spezialisten,
 4 Arbeiter,
 3 Facharbeiter,
 3 Angestellte,
 je 1 Student, Gartenbauarchitekt,
 Techn. Zeichner,
 Verkaufsleiter,
 Steuerbeamter,
 Banklehrling,
 Autoschlosser,
 Justizhelfer,
 Kraftfahrer,
 Tankwart,
 Hilfsarbeiter

Männer:

9 Handwerker,
 5 handw. Spezialisten,
 5 Maschinenschlosser,
 4 Arbeiter,
 4 Schüler,
 3 kaufm. Berufe,
 2 Rentner,
 je 1 Krankenpfleger,
 Seemann, Tankwart,
 Bestattungsarbeiter,
 Kraftfahrer,
 Geschäftsführer,
 Oberregierungsrat

Frauen:

je 2 Hausfrauen,
 Schüllerinnen,
 Friseurinnen,
 je 1 Kontoristin,
 Schneiderin, Kindergärtnerin, Hausangestellte, Arbeiterin

Frauen:

3 Sekretärinnen
 2 kaufm. Angestellte,
 2 Lagerarbeiterinnen,
 je 1 Hilfsarbeiterin,
 Metallarbeiterin,
 Kontrolleurin, Schülerin, Arzthelferin,
 Pflegerin, Hausfrau,
 Dekorateurin,
 Kosmetikerin

- b) Gesamtübersicht über die WP-Ergebnisse der zu vergleichenden Stichproben U_1 und U_2 , gegliedert nach den einzelnen Intelligenzklassen.

(1) WP-Ergebnisse in der Intelligenzklasse A

1. Stichprobe U_1 (Patienten mit postkontusionellem psychischem Defektsyndrom)

(Die hier wiedergegebene Tabelle ist entnommen der Dissertation von W. KINZEL, 1971).

Lfd. Nr.	Testteil Variablen- kürzel	Fragebogen				PT		GT	ST	Summe aller 8 Variablen
		VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW			
1		4	7	5	10	11	15	10	15	77
3		11	8	5	20	10	11	18	20	103
6		6	3	4	6	12	9	4	3	47
9		20	15	17	7	19	9	13	9	106
12		4	7	1	11	9	18	7	5	62
20		3	4	1	11	18	4	4	12	57
22		6	10	12	5	7	12	2	11	65
26		8	18	6	7	0	0	2	7	48
30		8	6	5	3	1)	1)	4	4	40
31		7	9	6	9	18	4	4	8	65
44		4	5	6	4	1)	1)	12	10	55
45		15	12	9	14	1)	1)	14	13	103

- 1) Die fehlenden Werte wurden aufgefüllt durch die Mittelwerte der in den übrigen Variablen erzielten Wertpunkte.

2. Stichprobe U₂ (Untersuchungsgruppe: Personen mit psychisch auffälligem Verhalten)

Lfd. Nr.	Testteil Variablen- Kürzel	Fragebogen				PT		GT	ST	Summe aller 8 Variablen
		VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW			
2		6	8	20	4	5	15	17	5	80
3		8	4	13	4	0	2	0	8	39
4		20	6	17	0	15	1	17	11	87
8		12	10	20	7	6	9	7	6	77
10		18	11	18	3	4	12	5	6	77
11		16	13	20	14	9	7	11	5	95
20		1	3	11	8	11	9	2	4	49
22		11	11	20	2	0	10	2	3	59
25		16	17	18	2	13	6	2	6	80
26		4	2	2	10	7	15	6	5	51
27		5	8	9	0	7	0	16	6	51
30		14	11	20	3	9	0	2	5	64
31		5	2	2	10	9	6	2	4	40
32		7	4	18	3	10	2	2	3	49
36		16	12	16	0	5	0	2	5	56
37		1	0	2	7	11	7	7	1	36
38		2	4	4	4	6	6	2	0	28
43		3	0	6	9	5	2	11	0	36
45		6	4	6	6	13	6	5	2	48
46		5	2	3	12	11	0	4	2	39
48		8	4	10	0	7	11	2	2	44
49		18	10	20	2	7	1	3	1	62
52		6	4	3	1	6	4	2	5	31
54		8	0	3	8	0	5	2	6	32
55		6	2	2	2	7	0	3	3	25
57		17	13	20	0	14	0	2	4	70
58		16	8	20	0	11	0	10	5	70

3. Statistische Ergebnisse des Gruppenvergleichs

a) für U₁ (Vergleichsgruppe: Personen mit Defektsyndrom)

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	96	104	77	107	104	82	94	114	828
M	8,0	8,7	6,4	8,9	11,6	9,1	7,8	9,5	69,1
AD	3,7	3,6	3,1	3,6	4,6	4,3	4,7	4,0	18,7
SW	17	15	16	17	19	18	16	17	66

b) für U₂ (Untersuchungsgruppe: Patienten mit psychisch auffälligem Verhalten)

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	255	173	323	121	210	136	146	113	1475
M	9,4	6,4	12,0	4,5	7,7	5,0	5,4	4,2	54,6
AD	5,2	4,1	6,9	3,4	3,2	3,4	3,9	1,9	16,4
SW	19	17	18	14	15	15	17	11	70

4. Prüfung auf Unterschiedlichkeit der Stichproben U_1 / U_2
in der Intelligenzklasse A

(Verfahren nach WILCOXON)

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R_1	218,5	285,0	175,5	338,5	294,0	310,5	294,5	348,0	296,5
EW	240,0	240,0	240,0	240,0	240,0	240,0	240,0	240,0	240,0
c	21,5	45,0	64,5	98,5	54,0	70,5	54,5	108,0	56,5
N_α	0,65	1,37	1,96	3,0	1,6	2,1	1,6	3,2	1,7

Nr. der Testvariable	N_α oder c	Sicherheits- niveau
1	0,65	-
2	1,37	-
3	1,96	5 %
4	3,0	1 %
5	1,6	-
6	2,1	5 %
7	1,6	-
8	3,2	1 %
WP _{ges}	1,7	-

(2) WP-Ergebnisse in der Intelligenzklasse C

1. Stichprobe U₁ (Vergleichsgruppe)

(entnommen der Dissertation von W. KINZEL, 1971)

Lfd. Nr.	Testteil Variablen- Kürzel	Fragebogen				PT		GT	ST	Summe aller 8 Variablen
		VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW			
4		20	10	17	0	1)	1)	20	13	106
5		5	4	10	14	0	0	11	16	60
8		9	5	4	16	19	2	7	6	68
10		14	17	8	4	18	0	6	10	77
11		7	6	3	3	11	12	3	6	51
13		7	8	7	5	6	8	3	5	49
16		13	11	12	2	1)	1)	16	15	91
17		2	4	4	10	7	7	5	8	47
19		9	5	11	4	4	6	7	7	53
21		1	0	1	14	8	14	7	4	49
23		3	1	4	18	8	18	19	10	81
27		11	17	6	8	5	9	5	5	66
29		10	9	3	19	18	9	15	19	102
32		5	6	2	6	11	16	9	9	64
34		8	11	8	10	7	7	4	5	60
35		7	8	11	6	7	10	4	5	58
36		6	7	4	4	1)	1)	13	7	55
37		11	12	13	4	9	2	6	6	63
38		3	4	1	10	3	1	5	14	41
39		10	9	11	3	1)	1)	9	14	74
41		4	0	5	16	9	7	4	6	51
43		8	9	6	19	4	1	11	14	72
47		1	0	4	19	1)	1)	19	16	77
48		1	4	4	14	1)	1)	6	5	46
49		19	17	16	4	8	17	7	13	101
50		19	17	19	3	4	17	9	6	94

1) Die fehlenden Werte der Variablen 5 und 6 wurden auch hier durch den Mittelwert der in den übrigen Meßgrößen erzielten Werte aufgefüllt.

2. Stichprobe U₂ (Untersuchungsgruppe: Personen mit psychisch auffälligem Verhalten)

Lfd. Nr.	Testteil Variablen- Kürzel	Fragebogen				PT		GT	ST	Summe aller 8 Variablen
		VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW			
5		3	2	10	4	9	11	14	6	59
7		4	0	2	4	10	3	12	2	37
9		4	5	4	14	8	2	6	3	46
13		10	6	10	4	5	3	3	3	44
14		7	7	3	16	11	10	10	3	67
15		1	1	0	16	8	6	4	3	39
16		5	5	2	4	7	11	4	6	44
17		6	10	3	5	5	1	4	3	37
18		6	8	2	20	6	12	9	5	68
19		9	11	3	2	11	5	6	2	49
21		5	10	6	12	10	3	7	4	57
24		2	1	4	10	7	20	20	3	67
28		1	5	5	18	9	15	3	3	59
29		3	0	8	10	10	5	3	3	42
33		4	4	2	6	5	7	8	3	39
34		6	9	9	4	8	6	11	4	57
39		4	4	4	19	11	5	7	6	60
40		11	10	10	4	12	1	4	3	55
41		9	0	6	3	3	1	14	3	39
42		8	13	15	4	11	3	20	7	81
47		8	4	3	4	5	2	14	3	43
50		18	20	6	0	4	0	5	6	59
51		11	9	12	4	6	0	5	3	50
53		2	4	2	18	14	2	7	7	56
56		12	9	10	2	8	1	7	7	56

3. Statistische Ergebnisse des Gruppenvergleichs

a) für U₁ (Vergleichsgruppe)

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	213	201	194	235	166	163	230	244	1756
M	8,2	7,7	7,5	9,0	8,3	8,1	8,8	9,4	67,6
AD	4,2	4,2	4,2	5,4	3,7	4,9	4,1	3,9	15,4
SW	19	17	18	19	19	18	17	15	65

b) für U₂ (Untersuchungsgruppe)

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
Summe	295	157	141	207	203	135	207	101	1310
M	6,3	6,3	5,6	8,3	8,1	5,4	8,3	4,0	52,4
AD	2,9	3,8	3,2	5,5	2,3	3,9	3,9	1,4	9,0
SW	17	19	15	20	11	20	17	5	44

4. Prüfung auf Unterschiedlichkeit der Stichproben

U_1 / U_2 in der Intelligenzklasse C

(Verfahren nach WILCOXON)

	VEG	SIM	WÄ	DISS	BB	UW	GT	ST	Summe
R_1	589,0	602,0	566,5	567,5	658,0	542,0	628,5	399,5	491,5
EW	650,0	650,0	650,0	650,0	650,0	650,0	650,0	650,0	650,0
c	61,0	48,0	83,5	82,5	8,0	108,0	21,5	250,5	158,0
N_α	1,20	0,98	1,59	1,58	0,15	2,07	0,41	4,66	2,91

Nr. der Testvariablen	N_α oder c	Sicherheits- niveau
1	1,20	-
2	0,98	-
3	1,59	-
4	1,58	-
5	0,15	-
6	2,07	5 %
7	0,41	-
8	4,66	1 %
WP _{ges}	2,91	1 %

(3) Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

1. Intelligenzklasse A (überdurchschnittliche Begabung)

Der Stichprobenvergleich zwischen den Personen mit Spätsyndrom nach Hirnkontusion und den überwiegend stationär behandelten psychisch auffälligen Patienten ohne hirnorganische oder endogene Genese erbrachte signifikante Unterschiede für die Variablen WÄ, DISS, UW und ST. Die psychisch auffälligen Patienten neigen demnach weniger zur Kritiklosigkeit (im Sinne der Verharmlosung ihrer Symptomatik) als die Hirngeschädigten (DISS: $p < .01$). Des weiteren sind die "psychisch Abnormen" entscheidungsgehemmter (UW: $p < .05$). Bei Aufgaben, die eine Kombination von Geschwindigkeit, Konzentration und assoziativer Beweglichkeit verlangen, erweisen sie sich zudem als leistungsfähiger (ST: $p < .01$). Im affektiven und sozialen Verhalten allerdings bieten die Abnormen noch stärkere Störungen als die Hirngeschädigten (WÄ: $p < .05$).

2. Intelligenzklasse C (durchschnittliche Begabung)

Der Stichprobenvergleich zwischen den Personen mit Spätsyndrom nach Hirnkontusion und den überwiegend stationär behandelten psychisch auffälligen Patienten ohne hirnorganische oder endogene Genese erbrachte signifikante Unterschiede für die Variablen UW und ST, sowie für die Summe aller Meßgrößen (WP_{ges}). Die psychisch auffälligen Patienten zeigen sich weniger entscheidungsgehemmt (UW: $p < .05$) und bei Aufgaben, die eine Kombination von Geschwindigkeit, Konzentration und assoziativer Beweglichkeit erfordern, leistungsfähiger als die Spätgeschädigten nach Hirnkontusion (ST: $p < .01$). Diese weisen insgesamt auch die stärkeren psychischen Ausfälle auf (WP_{ges} : $p < .01$).

B. Untersuchung der Ausprägungsrichtung

1.) Itemanalyse

Die Untersuchung der Ausprägungsrichtung wird nur für den Fragebogenteil und hier allein innerhalb der Intelligenzklasse C (durchschnittliche Begabung) durchgeführt. Ausgedehnte Analysen rechtfertigen den Aufwand nicht, zumal die Prüfung des Testes auf Unterschiedlichkeit in den Ergebnissen zwischen Personen mit Defektsyndrom und psychisch auffälligen Patienten schon hinsichtlich der Ausprägungsstärke (vgl. Abschnitt A) zu recht guten Resultaten geführt hat.

Die folgende Untersuchung der Ausprägungsrichtung hat die Itemanalyse des Fragebogens zur Grundlage. Geprüft werden also die Variablen VEG, SIM, WÄ und DISS auf das Ausmaß ihrer richtungsspezifischen Syndromtrennung. Es handelt sich um ein Verfahren zur Festlegung stichprobenspezifischer Ausprägungsrichtungen innerhalb der Untertests. Die Prüfung der beiden Stichproben U_1 und U_2 auf Unterschiedlichkeit in den Ergebnissen ergab eine "mehr globale" Aussage über die Schwere der Ausfälle. Die Prüfung der Ausprägungsrichtung als zweiter Trennungsdimension mit Hilfe der Itemanalyse ergibt diejenigen Itemcluster innerhalb des Fragebogens, in welchen sich die beiden Stichproben U_1 (Patienten mit Defektsyndrom) und U_2 (psychisch auffällige Patienten) von der ideellen Norm im Sinne einer größeren oder kleineren Differenz von dieser unterscheiden.

Wie bereits dargestellt (vgl. Methodik) setzt sich der Fragebogen aus Behauptungen zusammen, die in Aussageform geboten sind. Auf einem Antwortblatt muß der Proband Stellung dazu nehmen. Fünf Möglichkeiten stehen zur Auswahl. Sie reichen von voller Zustimmung zur betreffenden Aussage bis zur

völligen Ablehnung. Dies geschieht über 3 Zwischenstufen:

volle Zu- stimmung	3 Zwischenstufen			volle Ab- lehnung		
	JA	Das stimmt	WEISS NICHT		Das stimmt	NEIN
	das stimmt	ZIEMLICH	ob es stimmt		KAUM	das stimmt
	genau					nicht
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
1. 0	0	0	0	0		
2. 0	0	0	0	0		
3. 0	0	0	0	0		
usw.						

In diesem Kategorienschema mit den Ziffern (1) bis (5) muß der Proband in einem der jeweils fünf Antwortkreise ein Kreuzzeichen anbringen. Die Ziffern links am Rande (hier 1 bis 3) kennzeichnen die betreffende Aussage, zu der Stellung genommen werden soll. Beinhaltet diese Aussage ein Symptom (wie beispielsweise Item Nr. 1: "Ich leide stark unter Kopfschmerzen"), so bedeutet ein Kreuz in der Kolonne (1) die volle Zustimmung zu einem Krankheitszeichen; in Kolonne (5) dagegen bezeichnet es die völlige Ablehnung.

Die Auswertung, d.h. die Vergabe der Rohpunkte (RP) geschieht nach folgendem Schema: die volle Verneinung des Symptoms (bzw. die volle Bejahung einer Aussage, die nicht in "Symptomform" gestellt ist, z.B. Aufgabe Nr. 6: "Ich schlafe schnell ein") erhält den Punktwert 0. Diese Zahl bedeutet, daß hier keine Abweichung von der ideellen Norm vorliegt. Die weitere Rohpunktvergabe erfolgt jetzt nach den Abweichungsgraden von dieser ideellen Norm. Dem Schema zufolge wird die nur leichte Abweichung von der ideellen Norm - am Beispiel der Aussage Nr. 1 ist es die Kolonne (4) - mit dem Rohpunktwert 1 verschlüsselt, die nächsten Kolonnen (3), (2) und (1) mit den Werten 2, 3 und 4. Totale Bejahung des Symptoms erhält also den Rohpunktwert 4.

Im Falle der Aussage Nr. 6 wäre es umgekehrt: ein Kreuz im Antwortkreis mit der Ziffer (1) müßte mit dem Rohpunktwert 0 verschlüsselt werden. Entscheidend für die Rohpunktvergabe ist also stets das Ausmaß der Abweichung von der ideellen Norm:

1. Aussage in Symptomform dargeboten

(Beispiel Nr. 1: "Ich leide stark unter Kopfschmerzen")

Kategorieziffer	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Rohpunkte	4	3	2	1	0
(= Abweichungspunkte von der ideellen Norm)					

2. Aussage in der idealen Form dargeboten

(Beispiel Nr. 6: "Ich schlafe schnell ein")

Kategorieziffer	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Rohpunkte	0	1	2	3	4
(= Abweichungspunkte von der ideellen Norm)					

Die Itemanalyse besteht nun darin, daß für jede einzelne Aufgabe (Aussage) des Fragebogens die durchschnittliche Abweichung aller Probanden von der ideellen Norm ermittelt wird. Die Berechnung erfolgt getrennt für die Vergleichsgruppe U_1 (Personen mit Spätsyndrom nach Hirnkontusion) und die Untersuchungsgruppe U_2 (psychisch auffällige Personen). Die Untersuchung geht also aus von der ideellen Norm des einzelnen Items und vom mittleren Abweichungswert, der von jeder der beiden Stichproben bei der Bearbeitung eben dieses Items erzielt wurde. Sodann wird für jedes Item die Differenz der beiden Mittelwerte von der ideellen Norm errechnet. Die Differenz der beiden Beträge erlaubt nun - je nach der Richtung (plus / minus) und dem Ausmaß - eine Aufgliederung in 3 Klassen.

2.) Ergebnisse

Nach Richtung und Ausmaß erfolgt die Zuordnung der Differenzbeträge ($U_1 - U_2$) zu 3 Itemklassen.

I. Klasse: $U_1 - U_2 < \pm 0,30$

(U_1 soll hier bedeuten:

Differenzbetrag ideelle Norm minus Mittelwert_{Item Nr. X} der Vergleichsgruppe U_1)

(U_2 soll bedeuten:

Differenzbetrag ideelle Norm minus Mittelwert_{Item Nr. X} der Untersuchungsgruppe U_2)

In dieser I. Klasse findet sich (vgl. oben: $U_1 - U_2 \pm 0,30$) kein wesentlicher Unterschied bei der Bearbeitung der einzelnen Aufgaben des Fragebogens. Die mittlere Abweichung von der ideellen Norm ist also in der Vergleichsgruppe und in der Untersuchungsgruppe etwa gleich groß und liegt innerhalb einer Spannweite von 0,00 - 0,30 Einheiten (vgl. W. KINZEL und U. SCHMID, 1972).

II. Klasse: $U_1 - U_2 > 0,30$, wobei $U_1 > U_2$

In dieser Klasse differieren die mittleren Abweichungswerte der Vergleichsgruppe U_1 und der Untersuchungsgruppe U_2 um mehr als 0,30 Einheiten. Die Personen der Vergleichsgruppe weichen von der ideellen Norm deutlich mehr ab als die Personen der Untersuchungsgruppe U_2 . Die Unterscheidung ist also "richtungskonstant".

III. Klasse: $U_2 - U_1 > 0,30$, wobei $U_2 > U_1$

In dieser Klasse differieren die mittleren Abweichungswerte der Untersuchungsgruppe U_2 und der Vergleichsgruppe U_1 ebenfalls um mehr als 0,30 Einheiten. Dabei weichen jedoch die Personen der Untersuchungsgruppe U_2 deutlich mehr von der ideellen Norm ab als die Personen der Vergleichsgruppe U_1 . Die Unterscheidung ist wiederum "richtungskonstant".

3.) Zusammenstellung der Itemcluster nach ihrer
Klassenzugehörigkeit

Im folgenden werden die Items des Fragebogens mit den Differenzwerten $U_1 - U_2$ ihren oben definierten Klassen zugeordnet.

I. Klasse:

Die mittlere Abweichung von der ideellen Norm ist sowohl in der Vergleichs- als auch in der Untersuchungsgruppe etwa gleich groß und liegt innerhalb einer Spannweite von 0,00 - 0,30 Einheiten.

lfd. Nr.	Variablen- Kürzel	Aussage im Fragebogen (Item)	Differenzwert $U_1 - U_2$
1	SIM	Ich habe festgestellt, daß bei mir auf den kleinsten Ärger ein langer Schüttelanfall folgt.	0,21
2	VEG	Mir bricht des öfteren plötzlich der Schweiß aus.	0,27
3	VEG	Ich schlafe schnell ein.	0,14
4	SIM	Früher konnte ich alle Farben gut unterscheiden, jetzt aber erkenne ich vor allem braun und gelb nur schwer.	0,27
5	SIM	Seit einiger Zeit habe ich bemerkt, daß mich frische Luft nicht munter, sondern im Gegenteil schläfrig macht.	0,06
6	VEG	Lärm vertrage ich ohne weiteres.	0,17
7	SIM	Jetzt macht mir die kleinste Wunde schon sehr viel zu schaffen, weil sie viel langsamer zuheilt als früher.	0,01
8	VEG	Alkohol bekommt mir schlecht.	0,11
9	SIM	Ich habe Angst, mich aus dem Fenster zu lehnen; und sei es auch nur ein ganz kleines Stück.	0,20
10	SIM	Ich habe jetzt viel öfter als früher Schluckstörungen	0,02
11	VEG	Ich nehme jetzt viel mehr Flüssigkeit zu mir als vorher.	0,24
12	SIM	Nach einem mehr als halbstündigen Spaziergang bin ich stets todmüde.	0,05

lfd. Nr.	Variablen- Kürzel	Aussage im Fragebogen (Item)	Differenzwert $U_1 - U_2$
13	SIM	Gegen Kalkgeruch bin ich jetzt über- empfindlich.	0,14
14	VEG	Oft bin ich so zappelig, daß mir al- les aus den Händen fällt.	0,30
15	SIM	Jede Art von Mineralwasser ist für mich unbekömmlich.	0,29
16	VEG	Mein Geschmackssinn ist nach wie vor in Ordnung.	0,30
17	SIM	Hefeteig ist für mich jetzt unge- nießbar.	0,26
18	VEG	Sehr oft tut mir alles weh.	0,00
19	VEG	Mir wird des öfteren übel.	0,04
20	WÄ	Zeitweise bin ich sehr gereizt.	0,16
21	WÄ	Ich kann mich noch gut konzentrieren.	0,01
22	WÄ	Aus eigenem Antrieb mache ich nichts mehr.	0,20
23	WÄ	Ich bin jetzt viel gleichgültiger als früher. Andererseits aber regen mich Dinge auf, die mich vorher kalt gelas- sen haben.	0,27
24	DISS	Mir macht weder Hitze noch Kälte et- was aus.	0,15
25	DISS	Ich bin ganz furchtlos.	0,06
26	WÄ	Ich bin entweder niedergedrückt oder außerordentlich heiter. Es fehlt mir die rechte Ausgeglichenheit.	0,30

Da für die Intelligenzklasse C, in der die Itemanalyse durch-
geführt wird, im Fragebogen die Variable DS (Durchgangssyndrom)
wegfällt, werden die zugehörigen Aufgaben (Items) hier und im
folgenden nicht berücksichtigt.

In der I. Klasse finden sich $n = 26$ Aufgaben. Für diese unter-
bleibt eine weitere Analyse, da sich zwischen Vergleichsgruppe
 U_1 und Untersuchungsgruppe U_2 kein wesentlicher Unterschied
findet.

II. Klasse:

Hier unterscheiden sich die mittleren Abweichungswerte beider Stichproben um mehr als 0,30 Einheiten. Die Vergleichsgruppe U_1 (Patienten mit Defektsyndrom) weicht dabei "richtungskonstant" deutlich mehr von der ideellen Norm ab als die Untersuchungsgruppe U_2 (Patienten mit psychisch auffälligem Verhalten). Dies gilt für folgende 21 Aufgaben des Fragebogens.

lfd. Nr.	Variablen- Kürzel	Aussage im Fragebogen (Item)	Differenzwert $U_1 - U_2$
1	VEG	Ich leide stark unter Kopfschmerzen.	0,57
2	SIM	Alle meine Bekannten meinen, daß es noch eine lange Zeit der Erholung bedarf, bis ich wieder voll einsatzfähig bin.	1,07
3	VEG	Bücken bekommt mir ganz besonders schlecht.	0,34
4	VEG	Mein Geruchssinn ist gestört.	0,92
5	VEG	Ich kann noch genau so gut hören wie früher.	0,70
6	VEG	Mir wird leicht schwindelig.	0,84
7	VEG	Beim Gehen schwanke ich in der Regel.	0,89
8	SIM	Ab und zu fühle ich ein starkes Pochen in den Ellbogen- und Kniegelenken.	1,38
9	VEG	Ich lese noch genau so gern und so viel wie früher.	0,69
10	SIM	Meine Füße sind jetzt schmerzempfindlicher als vorher.	0,53
11	SIM	Wenn ich lange in den Spiegel sehe, werde ich schwindelig.	0,63
12	VEG	Bei Wetterumschlägen geht es mir ganz besonders schlecht.	1,23

lfd. Nr.	Variablen- Kürzel	Aussage im Fragebogen (Item)	Differenzwert $U_1 - U_2$
13	VEG	In manchen Organen fehlt mir jetzt das rechte Gefühl.	1,02
14	WÄ	Die anderen Leute interessieren mich sehr.	1,41
15	WÄ	Ich entscheide mich jetzt noch genau so schnell wie früher.	1,11
16	DISS	Jede Form von Nervosität ist mir unbekannt.	0,33
17	WÄ	Früher habe ich mir mehr zugetraut als jetzt.	0,67
18	WÄ	Ich bin noch genau so ruhig wie früher.	0,83
19	WÄ	Es tut mir gut, vieles selbst und ganz eigenständig in Angriff nehmen zu können.	0,36
20	DISS	Ich lasse mich durch nichts von meiner guten Stimmung abhalten.	0,42
21	WÄ	Früher fiel es mir bedeutend leichter, Entscheidungen zu treffen.	0,77

III. Klasse:

In dieser Klasse unterscheiden sich die beiden Stichproben ebenfalls deutlich um mehr als 0,30 Einheiten. Die größere Abweichung von der ideellen Norm liegt hier jedoch "richtungskonstant" bei den Personen der Untersuchungsgruppe U_2 .

lfd. Nr.	Variablen- Kürzel	Aussage im Fragebogen (Item)	Differenzwert $U_2 - U_1$
1	VEG	Ich darf mich nicht anstrengen.	0,43
2	SIM	Kalte Getränke bekommen mir neuerdings besser als warme.	0,36
3	SIM	Ich bin frei von Anfällen.	0,42
4	WÄ	Ich lege noch genau so viel Wert auf mein Äußeres wie früher.	0,52

4.) Zusammenfassung, gegliedert nach Variablen

Die den einzelnen Klassen zugehörigen Itemcluster werden nach den zugeordneten Variablen des Fragebogens aufgeschlüsselt dargestellt.

<u>I. Klasse:</u>	VEG	9	(9 / 19)
	SIM	10	(10 / 16)
	WÄ	5	(5 / 12)
	<u>DISS</u>	<u>2</u>	<u>(2 / 4)</u>
		26	

<u>II. Klasse:</u>	VEG	9	(9 / 19)
	SIM	4	(4 / 16)
	WÄ	6	(6 / 12)
	<u>DISS</u>	<u>2</u>	<u>(2 / 4)</u>
		21	

<u>III. Klasse:</u>	VEG	1	(1 / 19)
	SIM	2	(2 / 16)
	WÄ	1	(1 / 12)
	<u>DISS</u>	<u>0</u>	<u>(0 / 4)</u>
		4	

Dies besagt:

In der I. Klasse findet sich bei insgesamt 26 Items des Fragebogens kein wesentlicher Unterschied zwischen Vergleichsgruppe U_1 und Untersuchungsgruppe U_2 . Davon treffen z.B. auf die Variable VEG bei einem Gesamtanteil von 19 Items im Fragebogen 9 Items, bei denen die mittlere Abweichung von der ideellen Norm in Vergleichs- und Untersuchungsgruppe etwa gleich groß ist.

In gleicher Weise sind in den Klassen II und III die ihnen zugehörigen Itemcluster nach Variablen aufgeschlüsselt. In insgesamt 21 Items der II. Klasse weicht die Vergleichsgruppe U_1 "richtungskonstant" deutlich mehr von der ideellen Norm ab als die Untersuchungsgruppe U_2 . Für die III. Klasse gilt, daß in 4 Items die größere Abweichung hier "richtungskonstant" bei der Untersuchungsgruppe U_2 liegt.

5.) Statistischer Gruppenvergleich

(Verfahren nach WILCOXON)

Im folgenden werden die Vergleichsgruppe U_1 (Patienten mit Spätsyndrom nach Hirnkontusion) und die Untersuchungsgruppe U_2 (Patienten mit psychisch auffälligem Verhalten) auf signifikante Unterschiedlichkeit hinsichtlich der Itemklassen II und III überprüft. Es gilt die Frage zu beantworten, ob sich die Stichproben U_1 und U_2 hinsichtlich der Reaktion auf die Itemklassen II und III unterscheiden.

Verglichen werden in der:

II. Klasse: 9 Items der Var. VEG,
4 Items der Var. SIM,
6 Items der Var. WÄ und
2 Items der Var. DISS.

III. Klasse: 1 Item der Var. VEG,
2 Items der Var. SIM und
1 Item der Var. WÄ.

Ergebnis des statistischen Gruppenvergleiches:

	II. Klasse	III. Klasse
R_1	596,0	18,0
EW	451,5	18,0
c	144,5	-
N_α	3,64	-

Dies besagt:

1. Hinsichtlich der Itemklasse II unterscheiden sich die Patienten mit psychisch auffälligem Verhalten von den Hirngeschädigten insofern, als letztere mehr von der ideellen Norm abweichen als erstere ($p < .01$).

2. Hinsichtlich der Itemklasse III ergeben sich keine signifikanten Stichprobendifferenzen.

VI. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

=====

Die Brauchbarkeit eines Testverfahrens bemißt sich neben seiner Objektivität und Reliabilität vor allem auch nach der "Gültigkeit", der sog. Validität (vgl. G. LIENERT, 1967). Ein Testverfahren ist dann "valide", wenn es tatsächlich diejenigen Merkmale, Eigenschaften oder Verhaltensweisen erfaßt, für deren Messung es geschaffen wurde. Dies bedeutet, der Defektttest muß die für den Spätzustand nach Hirnkontusion - das Defektsyndrom - charakteristischen irreversiblen psychischen Veränderungen und Abweichungen von der prämorbidem Persönlichkeit erfassen, nicht nur so etwas wie "Krankheit bzw. Folge von Krankheit überhaupt". Der Defektttest von W. KINZEL (1971) wird hier an seinem Anspruch gemessen, valide zu sein, also tatsächlich das "Syndromspezifische" des postkontusionellen psychischen Abbauzustandes zu registrieren. Aufgrund dieses Ansatzes müßten Patienten mit psychopathologischer Symptomatik anderer Genese dann zumindest in einigen Variablen der Testbatterie andere Ergebnisse erzielen als Personen mit Defektsyndrom.

In der vorliegenden Arbeit wurde der Versuch unternommen, dies an einer Patientengruppe nachzuweisen, die sich durch psychisch abnormes Verhalten nichtorganischer und nicht-psychotischer Genese auszeichnet.

A. Vergleichende Betrachtung beider Stichproben

=====

Dem Defektsyndrom als Spätzustand nach Contusio cerebri liegt die hirutraumatisch bedingte irreversible Schädigung der Hirnsubstanz zugrunde. Nach H.H. WIECK (1971) handelte es sich hierbei um eine "Störung im Fundamentalbereich", die für die Ausbildung der seelischen Spätschädigung nach Hirnkontusion verantwortlich zu machen sei.

Unter "Fundamentalfunktion" seien "die körperlichen Daseinsbedingungen des seelisch-geistigen Seins" zu verstehen. Der Ort dieser Fundamentalfunktion sei "die Hirnrinde in ihrer Gesamtheit" (H.H. WIECK, 1967).

Das Defektsyndrom als irreversible psychische Schädigung nach Hirnkontusion zeichnet sich aus durch zwei Charakteristika: zum einen durch die Statik des Zustandes, d.h. durch fehlende Entwicklung und fehlende Veränderung, zum anderen durch die Lokalisation der Schädigung in zentralen Persönlichkeitsbereichen, nicht in peripheren Funktionssystemen (vgl. W. KINZEL, 1971). Das Bild des "Defektpatienten" wird im Bereich des Psychischen geprägt durch die schädigende Einwirkung auf die "kernhaften Strukturen", auf den "Charakterkern" der Persönlichkeit im Sinne A. WELLEKs (3. Aufl., 1966). Der Patient erleidet einen hirnorganisch bedingten Abbau, der zwar durch die prämorbidie Persönlichkeit gerichtet (vgl. G. ZILLIG, 1947; H.W. GRUHLE, 1948; Cl. FAUST, 1955) und durch die posttraumatische Umgebungsreaktion gefärbt ist, aber zu gewissen Gleichförmigkeiten in der Änderung der Gesamtpersönlichkeit im Sinne einer Nivellierung und Deformierung führt, zu einem "Residualzustand", der oft den sozialen Abstieg mit sich bringt (vgl. W. LINDENBERG, 1954). Cl. FAUST (1959) ist dabei mit anderen Autoren (vgl. E. FORSTER, 1918; A. BOSTROEM, 1939; E. BAY, 1953) der Ansicht, daß es sich bei der "organischen Wesensänderung" in erster Linie nicht um eine quantitative Verminderung geistiger Fähigkeiten und seelischer Funktionen handle, sondern um etwas Qualitatives, in dem Sinne, daß die Wesensänderung einen Menschen wesensmäßig verändere. Intellektuelle Bereiche seien dabei nicht miteinbezogen. Intelligenzverluste als direkte Traumafolge scheinen nicht obligat zu sein. Das Leistungsdefizit mag sekundäre Folge der Passivität, der Antriebsverarmung und der Interessellosigkeit, der verminderten Konzentrationsfähigkeit und raschen Ermüdbarkeit sein (vgl. Cl. FAUST, 1959).

K. SCHNEIDER (1935) schreibt dazu:

"Ohne Zweifel überwiegen bei den chronischen organischen Hirngeschädigten die Veränderungen auf dem Gebiet des Fühlens, des Strebens und Wollens gegenüber den diffusen intellektuellen Ausfällen größerer Art".

Die eigentliche Persönlichkeitsveränderung findet im Charakterkern statt, der Gemüt und Gewissen, Gespür und Geschmack beinhaltet (vgl. A. WELLEK, 1966). Sie äußert sich als Labilität des affektiven Gleichgewichtes, als unmotiviertes und schwer einfühlbares Schwanken im Gefühlsbereich, von pathetischen Ausbrüchen bis zu affektiver Verflachung reichend, als Unausgeglichenheit, Unbeständigkeit und Wechselhaftigkeit, als abnorm übersteigerte Reizbarkeit und Überempfindlichkeit. Emotionale Schwingungsfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Mitgefühl und Takt gehen verloren. Eine Nivellierung im gesamten Gefühlsbereich tritt ein, die bis zu Stumpfheit und Apathie reichen kann. A. BOSTROEM (1939) gibt fünf Kernsymptome als psychische Späterscheinungen nach Schädelhirntraumen an: emotionale Inkontinenz, Aspontaneität, Reizbarkeit, mangelnde Ernstwertung mit Euphorie und Merkstörung.

Neben den Störungen im affektiven Bereich stehen Antriebs- und Leistungsminderung, Mangel an Eigeninitiative, Aktivitätsverlust, rasche Ermüdbarkeit und mangelndes Konzentrationsvermögen. Den Anforderungen des Berufslebens kann der Patient infolge des eingeschränkten Planungsvermögens sowie der verminderten Urteils- und Kritikfähigkeit, der schwindenden Merkfähigkeit und des so zuweilen sekundär bedingten geistigen Abbaus nicht mehr gerecht werden. Sozialer Abstieg ist nicht selten die Folge. Distanzlosigkeit und Aggressivität, kriminelles Verhalten, sekundärer Alkoholismus und Unfähigkeit zu sozialen Beziehungen finden sich manchmal und führen dann meist zu schweren Konflikten mit der Umwelt. Insgesamt fehlt es daneben nicht an Versuchen, bestimmte Typen hirnorganischer Defektsyndrome voneinander zu unterscheiden (vgl. K. SCHNEIDER, 1935; K. MAYER, 1960; Cl. FAUST, 1959, 1973).

Das "psychisch abnorme Verhalten" der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Patientengruppe ist im Gegensatz zur psychopathologischen Symptomatik der Hirngeschädigten durch folgende Charakteristika gekennzeichnet:

Zum ersten sind diese Verhaltensweisen hirnorganisch oder psychotisch nicht begründbar. Vielmehr handelt es sich um "Varianten" menschlicher Verhaltensweisen, um "abnorme Spielarten seelischen Wesens" (K. SCHNEIDER, 9. Aufl. 1971), um "Spielarten und Varianten menschlichen Sichverhaltens, Reagierens und Sichentwickelns" (H.J. WEITBRECHT, 1963). Während das Defektsyndrom als Residualzustand, als seelisch-geistiges Abbausyndrom nach Hirnkontusion, ätiologisch klar definiert ist und im Sinne der Medizin als "Krankheit" bzw. "Folge von Krankheit" bewertet wird, gilt dies nicht für die hier untersuchte Patientengruppe. Bei dieser Stichprobe handelt es sich nicht um "Kranke" im Sinne einer organisch oder psychotisch begründbaren seelischen Störung, sondern um "Abarten des Normalen", die sich in Ausprägung und Dominanz jenseits der "Durchschnittsnorm" bewegen. H. BINDER (1960) übernimmt von H. MÜLLER-SUUR die Bezeichnung "Abnormitäten" (vgl. H. MÜLLER-SUUR, 1950) und grenzt diese gegen "eigentliche organische und funktionelle Krankheiten" ab (wobei er zu den "funktionellen Krankheiten" die endogenen Psychosen zählt), indem er definiert:

"Die Abnormitäten zeigen im wesentlichen nur quantitative funktionelle Abweichungen, während die qualitativen sehr diskret ausgesprochen sind, im Hintergrund bleiben und als bloße Folge von quantitativen erkennbar sind. Somit handelt es sich bei den Abnormitäten nur um extreme Varianten menschlichen Daseins (JASPERS), die dem Gesunden oder Normalen stets ähnlich bleiben und ihm daher durchwegs näher liegen als Krankheiten".

Gemeinsam ist der gesamten Personengruppe die "Abnormität des Verhaltens", die in der Umgebung der betreffenden Person zum "Auffälligwerden" geführt hat.

Auf die nun anstehende Problematik des Begriffes der "Norm", des "Normverhaltens" soll hier nicht näher eingegangen werden. Im Sinne K. SCHNEIDERS (9. Aufl. 1971) ist "abnorm" als "Spielart des Normalen" zu betrachten und orientiert sich an einer "konventionellen Norm im Sinne eines weniger auffälligen Durchschnittes" (W. SCHULTE u. R. TÖLLE, 1971). Nicht eine "Wertnorm" solle zugrundeliegen, wie dies "einer Rückkehr zum Begriff der psychopathischen Minderheiten" gleichkäme (N. PETRILOWITSCH, 3. Aufl. 1966), sondern eine Durchschnittsnorm. N. PETRILOWITSCH (3. Aufl. 1966) meint, es gehe hier im psychopathologischen Bereich um "Konfliktpersönlichkeiten", um Menschen, die unbeschadet des Wechsels guter und schlechter Zeiten im sozialen Raum immer wieder "auffällig" werden, beziehungsweise unter dem Druck ihrer Abnormität und dieser wegen fremde Hilfe beanspruchten.

Zeichnet sich nun das Defektsyndrom gegenüber den "Abnormen Varianten" zum ersten dadurch aus, daß es hirnorganisch begründbar ist (vgl. oben), so bietet es sich zum zweiten im Gegensatz zu jenen "psychischen Auffälligkeiten" als statisch und unveränderbar. Das Defektsyndrom zeigt das Bild eines in sich unveränderlichen Residualzustandes, bedingt durch die einmalige traumatische Einwirkung. Die Gruppe der hier vorgestellten Personen mit "psychisch abnormem Verhalten" dagegen weist die Vielfalt menschlicher Reaktionsweisen auf, die sich bereits beim "Normalen" in der Wechselwirkung von Charakterstruktur, Temperament und Umwelt ergeben. Konfliktbeladenes Verhalten und Handeln, "Auffälligwerden" in der Umwelt sind Kennzeichen des "psychisch abnormen Patienten" und führen ihn in ärztliche Behandlung.

Die Mechanismen psychischer Störungen als Varianten des Normalverhaltens sind wohl multifaktoriell begründbar, nicht auf eine Ursache allein zurückführbar; sie unterliegen vielfältigen Entstehungsbedingungen. Allen Betrachtungsweisen seelisch-geistiger Abnormitäten - ob aus klinisch psychopathologischer Sicht, wo zeitweise der Anlagefaktor überbetont

wurde, oder von einem psychoanalytischen Ansatz her, der einseitig den dynamischen Aspekt in den Vordergrund stellte - gemeinsam ist heute der Gedanke, daß Symptomatik, also klinisches Bild der "Auffälligkeit", Persönlichkeitsstruktur und Biographie, innerseelische Vorgänge, Motivationen und Tendenzen, Erleben und Umwelt einander in jeweils verschiedener Stärke bedingen und beeinflussen.

"Anlage und Umwelt sind nicht zwei aufeinanderstoßende blinde Kräfte. Anlage und Umwelt bilden zusammen einen Wirkungskreis", schreibt K. SCHNEIDER (9. Aufl. 1971). Und weiter:

"Die angelegte Persönlichkeit entfaltet sich an ihren Erlebnissen. Die Erlebnisse werden von der Persönlichkeit je nach ihrem besonderen Wert und Sinn für diese Persönlichkeit ausgewählt, ergriffen, einbezogen, eingeschmolzen".

In Anerkennung der Einflüsse des Erlebten und der Umwelt auf die Entwicklung der Persönlichkeit legt K. SCHNEIDER (9. Aufl. 1971) Wert darauf, neben dem Milieu- und Umweltbedingten nicht die "angeborenen, angelegten Eigenschaften, Schwächen, Gefahrenpunkte, Klippen einer Persönlichkeit und die Untergrundschwankungen" zu übersehen. Zur "ewig aktuellen Problematik des Anlage-Umwelt-Zusammenhanges" betont N. PETRILOWITSCH (3. Aufl. 1966), daß gerade für den Erwachsenen der "Primat der gewordenen Persönlichkeit" gelte, während er sich beim Jugendlichen geradezu weigere, die Diagnose "abnorme Persönlichkeit" infolge der möglichen Entwicklungspotenzen zu stellen. Beim Erwachsenen betrachte er die Aussicht, daß sich das Sosein der Persönlichkeit durch von außen angreifende Einflüsse noch entscheidend verändere, als "verhältnismäßig" gering. Dies bedeutet, daß der Autor einer Persönlichkeit mit zunehmender Reifung die Möglichkeit einer Veränderung durch Umwelteinflüsse nahezu gänzlich abspricht und das Auftreten auffälligen Verhaltens als "Dekompensation von in der Persönlichkeit verankerten Reaktionsbereitschaften" betrachtet.

Abschließend läßt sich mit W. SCHULTE und R. TÖLLE (1971) vereinfachend sagen:

"Anlagefaktoren wird allgemein die größte Bedeutung für die Entstehung abnormer Persönlichkeitsstrukturen zugemessen, während abnorme Reaktionen und Neurosen (den abnormen Entwicklungen gleichbedeutend gebraucht) vorwiegend von Umwelteinflüssen und Konflikten abgeleitet werden".

In Anlehnung an K. SCHNEIDER (9. Aufl. 1971) und N. PETRILO-WITSCH (3. Aufl. 1966) wurde die untersuchte Patientengruppe mit "psychisch auffälligem Verhalten nichtorganischer und nichtpsychotischer Genese" in drei Gruppen eingeteilt:

1. Gruppe der abnormen Persönlichkeiten,
2. Gruppe der abnormen Entwicklungen,
3. Gruppe der abnormen Erlebnisreaktionen.

Im obigen Abschnitt wurden die beiden Untersuchungsgruppen - Patienten mit irreversiblen psychischem Defektsyndrom nach Hirnkontusion und Patienten mit psychisch abnormem Verhalten nichtorganischer und nichtpsychotischer Genese - zum Zwecke der Abgrenzung anhand einiger Charakteristika einander gegenübergestellt. Im folgenden soll auf die hier untersuchte Patientengruppe noch eingegangen werden, soweit dies im Rahmen der vorliegenden Arbeit notwendig erscheint.

1. Gruppe der abnormen Persönlichkeiten

K. SCHNEIDER (9. Aufl. 1971) gibt drei Eigenschaftskomplexe an, die das "individuelle seelische Sein" umfassen: Intelligenz, leibliches (vitales) Gefühls- und Triebleben sowie die Persönlichkeit. Diese umfaßt neben den nichtleiblichen Gefühlen und Strebungen das Wollen.

N. PETRILOWITSCH (3. Aufl. 1966) formuliert:

"Unter Persönlichkeitsstruktur verstehen wir nicht psychische Vorgänge, Zustände und Erlebnisinhalte, sondern Erlebnis- und Leistungspotenzen, die sich in entsprechenden Erlebnissen und Leistungen ausdifferenzieren".

In Anlehnung an das WELLEKsche personalistische Modell bezieht PETRILOWITSCH in seiner Pathocharakterologie die peripher gelegenen Schichten des Verstandes und der Intelligenz (Schicht der Leistungen und Funktionen) sowie die Vitalität, den "Bereich des Vitalen, Leibnahen", den "vitalen Tonus" in seine Betrachtungen mit ein. Seine Pathocharakterologie unterscheidet sich von der deskriptiven Typologie der abnormen Persönlichkeiten K. SCHNEIDERS einmal durch die Miteinbeziehung der vitalen Sphäre als der "Antriebsseite der gesamten Persönlichkeitsstruktur", zum anderen durch einen dynamischen Aspekt. So meint PETRILOWITSCH, daß die Frage nach der "charakterlichen Struktur" in jedem Fall mit der nach der individuellen Temperamentslage und dem Stand der Ausbildung der Persönlichkeit zu verbinden sei.

Die Einteilung der abnormen Persönlichkeiten ist bei K. SCHNEIDER eine klinisch orientierte, beschreibende Typologie, die sich an dem vorherrschenden und auffälligen Merkmal orientiert. Unter dem als übergeordnet betrachteten Begriff der abnormen Persönlichkeit führt er an:

hyperthymische Psychopathen,
depressive Psychopathen,
selbstunsichere Psychopathen,
fanatische Psychopathen,
geltungsbedürftige Psychopathen,
stimmungslabile Psychopathen,
explosible Psychopathen,
gemütslose Psychopathen,
willenlose Psychopathen und
asthenische Psychopathen.

In dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Patientengut (Untersuchungsgruppe) fanden sich asthenische, selbstunsichere, willensschwache und depressive abnorme Persönlichkeiten. Abnorme Triebanlagen, Suchten und Abusus wurden miteinbezogen, da sie im Sinne K. SCHNEIDERS (9. Aufl. 1971) als "bloßer Ausdruck einer primär abnormen Persönlichkeit" verstanden werden können.

Im Anschluß an die eingangs erwähnten Grundbegriffe des menschlichen Seins beschreibt K. SCHNEIDER die abnormen Persönlichkeiten als "Abweichungen von einer uns vorschwebenden Durchschnittsbreite von Persönlichkeiten" (9. Aufl. 1971) und trennt dann im Rahmen der abnormen Persönlichkeiten diejenigen als "psychopathische" heraus, die an ihrer Abnormität leiden oder unter denen die Gesellschaft leidet. N. PETRILOWITSCH (3. Aufl. 1966) erhebt den Anspruch, eine pathocharakterologische Betrachtungsweise zu betreiben, indem er eine Unterscheidung von abnormen Temperamenten und Charakterabnormitäten vornimmt. Er betont die Abnormität des Temperaments (z.B. bei der depressiven oder hyperthyren abnormen Persönlichkeit) als bestimmend für die "Gesamtabnormität der Persönlichkeit". Auch bei "Charakterabnormitäten" sei für die Ausprägung der Abnormität der "Vitaltonus" der Person, also das Temperament verantwortlich zu machen. Weiterhin müsse die Frage nach dem "Differenzierungsgrad" gestellt werden, in dem sich die "Ausbildung der Persönlichkeit" intelligenzabhängig widerspiegle. N. PETRILOWITSCH geht aus von einer "normalerweise disharmonisch verlaufenden psychischen Entwicklung der Person" und definiert:

"Normal nennen wir einen Menschen, wenn sich die Disharmonien der Persönlichkeit in Grenzen halten und das gegenseitige Gewichtsverhältnis der Gliedzüge der Persönlichkeit nicht in auffälliger Weise von der uns vorschwebenden durchschnittlichen Streubreite abweichen. Das weitgehende Fehlen oder die übermäßige Ausbildung von Einzelzügen heißen wir abnorm, wenn hierdurch die Komposition des Persönlichkeitsganzen im wesentlichen bestimmt wird und die Persönlichkeit in eine gleichsam exzentrische Position gerät".

H. KRANZ (1952) weist auf das "Überschießende" hin und bezeichnet Psychopathie als "Maßlosigkeit, und zwar im Sinne des Überschreitens als auch des Nichterreichens jenes Maßes".

In der vorliegenden Arbeit wurde im Sinne K. SCHNEIDERS (1958) die Bezeichnung "abnorme Persönlichkeit" als übergeordneter Begriff verwendet, ohne auf die problematische Frage der "Psychopathie" einzugehen. Der Begriff des "Psychopathen", der "psychopathischen Persönlichkeit" war in der Geschichte der Psychiatrie zahlreicher Kritik ausgesetzt. J.L.A. KOCH (1891) prägte die Bezeichnung "psychopathische Minderwertigkeiten", wobei er anlagebedingte neben erworbene Formen stellte und als Ursachen neben toxischen und traumatischen Einflüssen auch Milieuschäden angab. KRAEPELIN (8. Aufl. 1915) führte die Psychopathien auf "umschriebene Entwicklungshemmungen" zurück, D. BUMKE (8. Aufl. 1948) und E. BLEULER (10. Aufl. 1960) wollten diese rein erbbedingt sehen. Der Vorwurf der Reduzierung auf reine Anlagefaktoren, verbunden mit einer aus therapeutischer Sicht eher pessimistischen Auffassung der klinischen Psychopathologie, wurde besonders aus analytisch orientierter Richtung erhoben. Eine echte Konfrontation bestand jedoch nur zeitweise. Bereits J.L.A. KOCH nahm umweltbedingte Formen der Psychopathien an, E. KRAEPELIN betonte Entwicklungseinflüsse, H.W. GRUHLE (1940) lehnte es ab, den Begriff der Psychopathie mit "Vererbung" gleichzusetzen. Für K. SCHNEIDER (1958) handelt es sich bei der "Anlage" um das, was die Persönlichkeit "mitbekommen" hat, was ihrer Entwicklung "vorgegeben" ist, eine "Disposition, eine Potenzialität für die Entfaltung und Verwirklichung der Persönlichkeit", wobei üblicherweise bei der Entwicklung der Persönlichkeit, auch der abnormen, abzuschätzen sei, was anlagemäßigen und was erlebnisreaktiven Einflüssen zuzuordnen sei. Heute wird Anlagebedingtes neben den

psychodynamischen Aspekt in der Entwicklung abnormer Persönlichkeiten gestellt (K. BIRNBAUM, 1930; H. KRANZ, 1952; N. PETRILOWITSCH, 3. Aufl. 1966 u.a.); aus psychoanalytischer Richtung werden ebenfalls konstitutionelle Faktoren anerkannt (A. DÜHRSEN, 1948; SCHULTZ-HENCKE, 1949 u.a.).

Der Begriff des "Psychopathen" hatte trotz vieler Bemühungen, ihn wertfrei zu halten und einer Gleichsetzung mit Asozialität und Kriminalität (H.W. GRUHLE, 1940; K. SCHNEIDER, 1948) entgegenzuwirken, eine negative Wertung erfahren, so daß K. SCHNEIDER (1948) mahnte, diese Bezeichnung im Sprachgebrauch gegenüber außerklinischen Institutionen zu meiden. KOCHS "Minderwertigkeiten" (1891) und KRAEPELINS (8. Aufl. 1915) Beschränkung der psychopathischen Persönlichkeiten auf sozial störende Varianten seien immer wieder durchgeschlagen (K. SCHNEIDER, 1958). Da gleichzeitig mit der Diagnose "Psychopath" neben der Nähe zu Asozialität Unveränderlichkeit, absolute Merkmalsstabilität und in der Regel Therapieresistenz impliziert werden, warnen einige Autoren vor allem beim "jugendlichen Psychopathen" (N. PETRILOWITSCH, 3. Aufl. 1966; W. BRÄUTIGAM, 2. Aufl. 1969) vor dieser Etikettierung. K. SCHNEIDER (1948) wies bereits auf die Veränderlichkeit zumindest mancher Psychopathieformen im Laufe des Lebens hin, J. WYRSCH (1943) und A. GLAUS (1951) schildern "überraschend gute Aussichten" bei der Sozialisierung selbst allerschwerster Psychopathen vor dem Erreichen des 40. Lebensjahres. In katamnestischen Untersuchungen der Biographie abnormer Persönlichkeiten betont R. TÖLLE (1966), daß entgegen weit verbreiteter Meinung über 2/3 der Nachuntersuchten mit zunehmendem Alter zu einer im Rahmen ihrer Möglichkeiten sinnerfüllten Daseinsform fanden.

2. Gruppe der abnormen Erlebnisreaktionen und abnormen Entwicklungen

Kriterien der Erlebnisreaktionen sind seit K. JASPERS (7. Aufl. 1959) der kausal einsehbare Zusammenhang zwischen Reaktion und Ursache, die enge zeitliche Folge, Die Auslösung durch das Erlebnis und die Beendigung der Reaktion bei Wegfall des auslösenden Momentes. Als "abnorme Reaktion" wird demzufolge die akute Antwort auf einen definierten Konflikt verstanden. Diese Antwort ist vom Durchschnittsverhalten durch inäquate Ausprägung, Dauer und Stärke in Relation zum Anlaß unterschieden. Sie zeitigt als Charakteristikum körperliche Folgen im Sinne funktioneller Störungen von Krankheitscharakter.

Unter die übergeordnete Diagnose der abnormen Erlebnisreaktion wurden in der vorliegenden Untersuchung gezählt: Patienten mit der klinischen Diagnose der sog. einfachen situativen Konfliktreaktion, der Reaktion bei beruflicher Belastung, sog. psychosozial bedingte Verhaltensweisen und depressive Verstimmungen.

K. SCHNEIDER (9. Aufl. 1971) unterscheidet zwischen "abnormen Reaktionen auf äußere Erlebnisse" und "inneren Konfliktreaktionen". Erstere betrachtet er als "abnorme Erlebnisreaktionen im engeren Sinne" und als "mehr oder weniger übercharakterlich". Der Akzent ist hier auf "übercharakterlich" zu legen, womit im Sinne auch anderer Autoren vereinfachend gesagt werden soll, daß es sich bei der "abnorm reagierenden Person" um eine "charakterlich primär normale" handelt. Hier lassen sich u.a. auch die KRETSCHMERschen "akuten Primitivreaktionen" auf überstarke äußere Reizeinwirkung wie Kriegserlebnisse einreihen.

Anders liegen die Verhältnisse bei den "inneren Konfliktreaktionen". In diesem Falle steht die Struktur der Per-

sönlichkeit im Vordergrund, sofern diese Art der abnormen Reaktion als an "ganz bestimmte Persönlichkeiten gebunden" betrachtet wird.

Äußere und innere Erlebnisreaktion können nach Wegfall des auslösenden Reizes definitionsgemäß zum Erlöschen kommen, bei entsprechender Disposition der Persönlichkeit oder eine bestimmte Dauersituation durch Fixation und Verselbständigung der Symptomatik auch nach Abklingen des Reizes jedoch in "erlebnisreaktive abnorme Persönlichkeitsentwicklungen" überführen. Nach E. KRETSCHMER (23. Aufl. 1961) kann es in gleicher Weise bei der "akuten Primitivreaktion" im Falle einer "konstitutionellen Reaktionsbereitschaft" zu tendenziösen "sekundären Neurosenbildungen" kommen. Weil jedoch gerade die "innere Erlebnisreaktion" eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur voraussetzt, erscheint hier der Übergang in "abnorme Entwicklungen" wahrscheinlicher und häufiger. "Jedes innere Unglücklichsein wächst auf der Selbstunsicherheit", meint K. SCHNEIDER (9. Aufl. 1971). Weiterhin:

"Allerdings: je geringer der Anlaß ist, der genügt, um zu Traurigkeit oder Angst zu führen, und je abnormer das Ausmaß, das Aussehen, die Dauer dieser Reaktion...., um so mehr Gewicht ist auf die Persönlichkeit zu legen".

Hier wird die Verbindung hergestellt zwischen abnormer Erlebnisreaktion als inäquater Beantwortung einer äußerlichen Konfliktsituation durch eine psychisch "normale" Person und den Reaktionsweisen, wie sie Persönlichkeiten bestimmter Struktur und Konstitution zu eigen sind. Innere Konfliktreaktionen bei Bereitschaft zur Fixation, zum Verhaften und zu abnormer Verarbeitung können als "Schlüsselsituationen" (E. KRETSCHMER, 23. Aufl. 1961) dienen und in chronisch abnorme Verhaltensweisen, zu sog. abnormen Entwicklungen, führen.

Aus der untersuchten Patientengruppe wären hier Personen mit reaktiv depressiven Entwicklungen einzuordnen; außer-

dem abnorme Verarbeitung von Krankheitsprozessen, die mit Fehlentwicklung und Fixation auf bestimmte Symptome einhergehen, sowie Patienten mit phobischen und hypochondrischen Krankheitsbildern.

Ausführlich setzt sich N. PETRILOWITSCH (3. Aufl. 1966) mit dem Begriff der "abnormen Entwicklung" auseinander. Er schreibt:

"Es ist dies die Frage des Auftretens abnormer und hartnäckig festgehaltener Verhaltensweisen bei Menschen, deren seitheriger Lebensweg ohne besonders ins Gewicht fallende Auffälligkeiten verlaufen ist".

N. PETRILOWITSCH (3. Aufl. 1966) ist der Ansicht, daß man abnorme Entwicklungen "vozugsweise bei Menschen antreffen wird, die seit jeher einen exponierten, dem Abnormen zugelegten Charakteraufbau aufgewiesen haben". Er stellt "abnorme Persönlichkeiten" den "abnormen Entwicklungen" gegenüber und weist darauf hin, daß bei der abnormen Persönlichkeit "das Abnorme wie ein roter Faden durch den Lebensweg hindurchzieht und für die Art und Weise der Auseinandersetzung mit der Umwelt bestimmend erscheint", während abnorme Entwicklungen "gleichsam das Ergebnis dieser Auseinandersetzungen" seien. Zur charakterologischen Betrachtung bezieht er sozialpsychologische Aspekte mit ein:

"Abnorme Entwicklungen stellen meist die Antwort des Subjektes auf ungünstige Relationen zur Umwelt dar".

Zusammenfassend kann man abnorme Entwicklungen verstehen als chronisch abnorme Verhaltensweisen, die als eine Art Dekompensationszustände nach langer innerseelischer Auseinandersetzung auf der Basis einer disponierten Persönlichkeit infolge eines echten oder vorgeschobenen Schlüsselerlebnisses zum Durchbruch kommen.

Eine nähere Erörterung der Problematik "abnormer Varianten seelischen Seins" ist im Rahmen dieser Untersuchung über diese kurze Darstellung hinaus weder erforderlich noch thematisch vertretbar.

B. Zur Auswahl des Patientengutes

=====

Die vergleichende Betrachtung im vorangegangenen Abschnitt sollte einige grundlegende Unterschiede in Ätiologie, Verlauf und Symptomatik der verschiedenen Krankheitsbilder aufzeigen und die beiden Stichproben hinsichtlich ihres klinischen Bildes voneinander abgrenzen.

Zum Vergleich der beiden Stichproben mag nun ein weiteres Problem in der Frage bestehen, ob sich nicht ein systematischer Fehler insofern eingeschlichen habe, als Unterschiede in den Ergebnissen beider Gruppen Ausdruck verschiedener Krankheitsschwere wären.

Dazu ist zunächst vor auszuschließen, daß sich die statistischen Daten beider Stichproben nahezu ideal entsprechen (vgl. Abschnitt V, 3). Zum Kern des Problems: Es handelt sich bei beiden Stichproben nicht um gezielt ausgesuchte Personen, sondern um Zufallsstichproben von Patienten, die zur Nachuntersuchung einbestellt und erschienen waren (Gruppe mit organischem Defektsyndrom) oder wegen ihrer "Auffälligkeit" ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen mußten (Gruppe der psychisch abnormen Patienten). Ein Vergleich erscheint auch insofern berechtigt, als weder "zu leichte" noch "zu schwere Fälle" in die Untersuchungsreihe aufgenommen wurden. In der Gruppe der Defektpatienten waren nachweislich sehr schwere Fälle ("Demente" im Wortsinne) nicht zur Nachuntersuchung erschienen; zumindest konnte ein "Intelligenzabbau" nirgends festgestellt werden. Auf der anderen Seite lag mit einer nachgewiesenen Hirnkontusion stets eine ernste Hirnbeeinträchtigung vor, die immerhin in 50 % der Fälle

zu einer drei- bis siebzehntägigen Bewußtlosigkeit geführt hatte (vgl. W. KINZEL, 1971). Von den psychisch abnormen Patienten nichtorganischer und nichtpsychotischer Genese erschienen naturgemäß nur solche zur stationären Aufnahme oder ambulanten Vorstellung, die ob des Ausmaßes ihrer "Auffälligkeit" ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen mußten. Es handelte sich in der Regel um echte "Konfliktpatienten".

Die Forderung einer Gegenüberstellung gleich schwer Kranker ist überdies methodisch nicht erfüllbar, da ein gemeinsamer Maßstab für die Beurteilung bzw. Messung psychisch Kranker und organisch Geschädigter fehlt.

C. Diskussion der Testergebnisse

Die bei der Testung psychisch abnormer Patienten erzielten Ergebnisse wurden, bevor sie mit der Stichprobe der hirngeschädigten Personen verglichen wurden, dahingehend überprüft, ob (und wenn, dann inwieweit) sich innerhalb der Untersuchungsgruppe (Patienten mit psychisch abnormem Verhalten) Abhängigkeiten der Testergebnisse von Alter, Geschlecht und diagnostischen Untergruppen nachweisen lassen. Im folgenden sollen zuerst die Ergebnisse dieser Voruntersuchungen erörtert werden, dann die Ergebnisse des Vergleiches zwischen Untersuchungs- und Vergleichsgruppe.

1.) Voruntersuchungen innerhalb der Untersuchungsgruppe (Patienten mit psychisch auffälligem Verhalten)

a) Untersuchung auf intelligenzspezifische Einflüsse

Überdurchschnittlich begabte Patienten (Int.-Klasse A) erreichen in der Variable WÄ wesentlich höhere Werte als durchschnittlich begabte. Diese geben hier also weniger starke Ausfälle an als jene. Andererseits finden sich gerade in diesem Untertest zwischen der Int.-Klasse A und der Int.-Klasse B (unterdurchschnittlich Begabte) keine signifikanten Differenzen. Dies mag an der geringen Probandenzahl in der Intelligenzklasse B liegen. Angehörige der Int.-Klasse C (durchschnittlich Begabte) wiederum zeigen in der Variable WÄ signifikante Unterschiede gegenüber der Int.-Klasse B. Demzufolge werden von durchschnittlich intelligenten Patienten (Int.-Klasse C) zwar mehr Ausfälle hinsichtlich der Variable WÄ angegeben als von Angehörigen der unterdurchschnittlich begabten Klasse (Int.-Klasse B), aber weniger als von überdurchschnittlich Begabten (Int.-Klasse A).

Durchschnittlich begabte Patienten (Int.-Klasse C) erweisen sich gegenüber Patienten der Int.-Klasse A im Schnelligkeitsverfahren (ST) als leistungsschwächer, aber stärker gegenüber unterdurchschnittlich Begabten (Int.-Klasse B). Des weiteren zeigen sich in der Int.-Klasse C deutlicher Neigungen zu simulativem Verhalten (SIM) als in der Int.-Klasse B. Die durchschnittlich Intelligenten bieten auch höhere WÄ-Werte, geben also höhere Ausfälle an als die unterdurchschnittlich Intelligenten, liegen dabei in der Variable WÄ aber unter den überdurchschnittlich Begabten.

Unterdurchschnittlich begabte Patienten (Int.-Klasse B) neigen überdies weniger zur Simulation (SIM) als überdurchschnittlich begabte.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß bei einem globalen Vergleich psychisch abnormer Patienten verschiedener Intelligenz überdurchschnittlich begabte und durchschnittlich begabte Patienten in einem Fragebogen zur Registrierung der Defektsymptomatik nach Hirnkontusion wesentlich höhere Werte erzielen als unterdurchschnittlich begabte. Diese Personen scheinen sich demzufolge der Auffälligkeit ihres Verhaltens und ihrer Persönlichkeit in der Umwelt bewußter zu sein; gleichzeitig neigen sie auch mehr dazu, dies im Sinne simulativer Tendenzen zu überspitzen.

Inwieweit hier geschlechts-, alters- oder diagnoseabhängige Einflüsse vorliegen, zeigen die weiteren Untersuchungen.

b) Untersuchung auf geschlechtsspezifische Einflüsse

Bei der Gegenüberstellung der männlichen und der weiblichen Patienten finden sich nur in der Variable UW (Unentschieden - Wahlen) des projektiven Verfahrens signifikante Unterschiede. In dieser Variable erzielen die Männer deutlich höhere

Werte als die Frauen, zeigen sich also entscheidungsgehemmter bei der Beurteilung von in Portraitform dargestellter Personen.

Um die Intelligenz als Störvariable auszuschließen, wurden die männlichen und weiblichen Patienten den einzelnen Intelligenzklassen zugeordnet und erneut verglichen. Dabei zeigte sich, daß sich in der Int.-Klasse C (durchschnittlich Begabte) kein Unterschied zwischen Männer und Frauen findet. In der Klasse der überdurchschnittlich Intelligenten äußerten die Frauen häufiger vegetative Beschwerden, sie neigten auch mehr zur Simulation als die Männer. Diese wiederum zeigten sich jedoch entscheidungsgehemmter.

Um das Geschlecht als Störvariable auszuschließen, wurde auf intelligenzbedingte Unterschiede bei Frauen und Männern getrennt geprüft. Dabei fand sich, daß bei den Männern durchschnittlich begabte mehr zur Simulation neigen als überdurchschnittlich intelligente; jene erweisen sich auch im Gestaltungstest (GT) als produktiver. Bei den Frauen geben überdurchschnittlich begabte mehr vegetative Beschwerden an als durchschnittlich intelligente.

c) Untersuchung auf altersspezifische Einflüsse

Zwischen den Testergebnissen der mittleren (b) und der höheren Altersklasse (c) finden sich keine Unterschiede. Beide Altersklassen (b und c) aber unterscheiden sich von den jüngeren Patienten (Altersklasse a) signifikant in den Variablen VEG, SIM und ST.

Jüngere Patienten (unter 25 Jahren) geben überraschenderweise mehr vegetative Beschwerden an als ältere (über 50 Jahre). Die höchsten Werte hinsichtlich der Variable VEG

erzielen jedoch die Patienten der mittleren Altersgruppe (zwischen 25 und 50 Jahren). Dasselbe gilt für die Variable SIM. Patienten mittleren Alters tendieren mehr zur Simulation als jüngere und ältere Patienten; die jüngeren wiederum übertreffen dabei die älteren. Im Schnelligkeitsverfahren (ST) erzielen ebenfalls die Patienten der mittleren Altersklasse (b) signifikant bessere Ergebnisse als die der Altersklasse a. Diese erweisen sich wiederum hinsichtlich der Variable ST leistungsfähiger als die Gruppe der älteren Patienten (Altersklasse c).

Um die Intelligenz als Störvariable auszuschalten, wurden hinsichtlich der Überprüfung des Alterseinflusses Personen ein und derselben Intelligenzklasse miteinander verglichen. Dabei zeigte sich, daß Patienten mittleren Alters und überdurchschnittlicher Intelligenz stärkere vegetative Störungen angeben als jüngere Patienten überdurchschnittlicher Intelligenz. Patienten mittleren Alters und durchschnittlicher Intelligenz fielen wiederum durch stärkere vegetative Beschwerden auf als durchschnittlich begabte jüngere. Im projektiven Verfahren zeigen sich die Patienten jüngeren Alters (Altersklasse a) positiver eingestellt bei der Beurteilung der auf Bildern dargebotenen Personen. Sie erwiesen sich gleichzeitig gehemmter in ihren Entscheidungen als ältere Patienten.

d) Untersuchung auf diagnosespezifische Einflüsse

Innerhalb der drei Diagnosegruppen ließen sich mit einer Ausnahme keine signifikanten Unterschiede feststellen. Die beiden Diagnosegruppen "abnorme Entwicklung" und "abnorme Persönlichkeit" unterscheiden sich im projektiven Verfahren hinsichtlich der Variable BB. Demzufolge beurteilen Patienten der Diagnosegruppe "abnorme Entwicklung" die abgebildeten Personen negativer als die der Diagnosegruppe "abnorme Persönlichkeit".

2.) Vergleich der Untersuchungsgruppe (Patienten mit psychisch auffälligem Verhalten) mit der Vergleichsgruppe (Patienten mit postkontusionellem psychischem Defektsyndrom)

Entsprechend der Absicht dieser Arbeit, den Nachweis der Syndromspezifität des Defekttestes zu führen, wurden die Testergebnisse der Untersuchungsgruppe psychisch abnormer Patienten mit denen der Vergleichsgruppe postkontusionell Hirngeschädigter verglichen und auf signifikante Differenzen geprüft. Da innerhalb der Untersuchungsgruppe nur eine sehr geringfügige Abhängigkeit der Testergebnisse von den Variablen Alter, Geschlecht und Diagnosegruppe zu finden ist, des weiteren die beiden Stichproben in etwa gleichproportioniert sind, können sie unter nahezu idealen Bedingungen global verglichen werden.

a) Ergebnisse in der Intelligenzklasse A
(überdurchschnittlich begabte Patienten)

Überdurchschnittlich intelligente Patienten der Untersuchungsgruppe (psychisch abnorme Patienten) unterscheiden sich signifikant von den überdurchschnittlich intelligenten Personen der Vergleichsgruppe (Personen mit Defektsyndrom) in den Variablen WÄ, DISS, UW und ST.

Psychisch abnorme Patienten der Int.-Klasse A erzielen in der Variable WÄ (Wesensänderung) deutlich höhere Ausfallswerte als die hirnorganisch geschädigten Patienten! Interpretativ scheint die Erklärung einleuchtend, daß die "Psychopathie" der "Abnormen" greller und dramatischer sich darstellt als die mehr in Richtung einer "Nivellierung" verlaufende Symptomatik des "Defektpatienten". Schließlich äußert sich die Auffälligkeit der psychisch abnormen Personen in einem Maße, das sie aus eigenem Antrieb oder unter dem Druck der Umgebung

ärztliche Hilfe aufsuchen läßt. Nur "schwach abnorme" Personen werden von ihrer Umwelt eher als "schrullige" oder "komische" "Typen" akzeptiert.

Die starke Neigung bei überdurchschnittlich intelligenten psychisch auffälligen Personen zur Dissimulation läßt sich aus dem Bestreben verstehen, durch "Überspielen" der Symptomatik größere Konflikte mit der Umwelt zu vermeiden.

Auffallend erscheint im Gesamtüberblick - wenn man die Ergebnisse der durchschnittlich begabten Patienten miteinbezieht -, daß nur bei den überdurchschnittlich intelligenten Personen der Vergleichsgruppen signifikante Differenzen in den Variablen WÄ und DISS vorliegen. Der überdurchschnittlich begabte organisch Geschädigte wird sich anscheinend seiner Auffälligkeit, seiner Wesensänderung, seiner Konfliktsituation deutlicher bewußt. Zugleich versucht er aber dies durch Dissimulation zu verbergen.

Bei der Beurteilung anderer Menschen im projektiven Teil der Testbatterie zeigt der überdurchschnittlich intelligente psychisch abnorme Patient eine signifikant deutlich geringere Entscheidungsbereitschaft als der ohnehin schon entscheidungsgehemmte organisch hirngeschädigte Patient gleicher Intelligenz! Dieses überraschende Ergebnis mag sich damit begründen lassen, daß der teils negativistische, teils verunsicherte psychisch Abnorme, von der konfliktschaffenden Umwelt gegenwärtig abgeschirmt, den Weg des geringsten Widerstandes einschlägt und der "Anstrengung des Differenzierens" ausweicht.

Wie zu erwarten war, zeigten sich überdurchschnittlich intelligente Personen der Untersuchungsgruppe in der leistungsorientierten Variable ST (Schnelligkeit) den organisch hirngeschädigten Patienten signifikant überlegen.

b) Ergebnisse in der Intelligenzklasse B
(unterdurchschnittlich begabte Patienten)

Wegen der in der Untersuchungs- und der Vergleichsgruppe geringen Patientenzahl wurde hier auf einen Stichprobenvergleich verzichtet.

c) Ergebnisse in der Intelligenzklasse C
(durchschnittlich begabte Patienten)

Wie oben bereits erwähnt, lassen sich in den Variablen WÄ und DISS bei den durchschnittlich intelligenten Patienten der Stichproben keine signifikanten Unterschiede nachweisen.

In den Variablen UW (Unentschieden - Wahlen), ST (Schnelligkeitsverfahren) sowie in der WP-Gesamtsumme (Summe der in den Einzelvariablen erzielten Wertpunkte) finden sich signifikante Differenzen beider Stichproben. Die psychisch auffälligen Patienten zeigen sich dabei weniger entscheidungsgehemmt als die hirnnorganisch geschädigten und erweisen sich außerdem erwartungsgemäß im leistungsorientierten Schnelligkeitstest (ST) als deutlich überlegen. Daß außerdem die hirnnorganisch geschädigten Patienten durchschnittlicher Intelligenz insgesamt die signifikant stärkeren psychischen Ausfälle angeben, belegt die Richtigkeit des Ansatzes der vorliegenden Arbeit, daß nämlich Patienten mit postkontusionellem psychischem Defektsyndrom sich im Defektttest zumindest in einigen Variablen von Patienten mit psychischer Symptomatik anderer Genese unterscheiden.

VII. ZUSAMMENFASSUNG

=====

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den Defekttest hinsichtlich seines Validitätskriteriums zu prüfen:

Mißt die Testbatterie wirklich das, was sie zu messen vorgibt, nämlich das irreversible psychische Defektsyndrom nach Hirnkontusion oder nur so etwas wie "Krankheit bzw. Folge von Krankheit überhaupt"? Registriert das Verfahren wirklich - zumindest bis zu einem gewissen Grade - "Defektspezifisches", dann müssen zumindest in den Ergebnissen einiger Einzelvariablen die beiden Stichproben (Untersuchungsgruppe psychisch abnormer Patienten nichtorganischer und nichtpsychotischer Genese und Vergleichsgruppe organisch Hirngeschädigter nach Kontusion) signifikant differenzieren.

Um dies zu prüfen, wurde der Defekttest insgesamt 58 stationär behandelten Patienten der Erlanger Universitäts-Nervenklinik (Direktor: Prof. Dr. H.H. WIECK) und der Psychiatrischen Abteilung der Städt. Krankenanstalten Nürnberg (Leiter: Prof. Dr. F.-W. BRONISCH) vorgelegt. 3 Personen wurden während einer ambulanten Untersuchung getestet. In allen Fällen war die Diagnose einer "psychischen Abnormalität" ärztlich gesichert. Organische und psychotische Grundprozesse waren ausgeschlossen.

Das Krankengut setzte sich aus 40 Männern und 18 Frauen zusammen. Das durchschnittliche Alter lag insgesamt bei 31,7 Jahren (AD = 11,8 Jahre; SW = 15 - 65 Jahre). Die Männer waren mit M = 32,9 Jahren (AD = 10,8 Jahre; SW = 15 - 65 Jahre) etwas älter als die Frauen (M = 29,1 Jahre; AD = 9,1 Jahre; SW = 17 - 51 Jahre).

Der durchschnittliche Intelligenzquotient (Meßverfahren MWT, vgl. S. LEHRL und Mitarbeiter, 1972) lag insgesamt

bei M = 105 (AD = 6,6; SW = 75 - 120). Für die Männer betrug der mittlere IQ M = 107 (AD = 5,6; SW = 90 - 120), für die Frauen M = 102 (AD = 9,8; SW = 75 - 115).

Innerhalb der Untersuchungsgruppe psychisch abnormer Patienten wurden Voruntersuchungen hinsichtlich des Einflusses von Intelligenz, Alter, Geschlecht sowie Diagnosegruppe durchgeführt. Die Überprüfung der Testergebnisse der beiden zu vergleichenden Stichproben (Untersuchungsgruppe psychisch abnormer Personen und Vergleichsgruppe der Defektpatienten) geschah durchgehend auf der Differenzierungsebene der "Ausprägungsstärke". Nur für den Fragebogenteil wurde im Falle der durchschnittlich intelligenten Patienten eine Itemanalyse im Sinne der Bestimmung einer differenzierenden "Ausprägungsrichtung" vorgenommen:

Die Untersuchung der von beiden Stichproben erzielten Testergebnisse auf der Trennungsebene der Ausprägungsstärke ergibt bei statistisch gesicherter Stichprobendifferenz eine globale Aussage über die Schwere der Ausfälle.

Die Ausprägungsrichtung stellt eine zweite Trennungsebene dar und bedient sich der Itemanalyse zur Überprüfung der Abweichungsrichtung der einzelnen Items des Fragebogens, für den bei durchschnittlich intelligenten Patienten eine Analyse durchgeführt wurde. Sie erbringt innerhalb der Untertests des Fragebogens diejenigen Items, zusammengefaßt zu Itemcluster, in denen sich die beiden Stichproben richtungskonstant im Sinne einer größeren oder kleineren Differenz von der ideellen Norm signifikant unterscheiden.

Der Stichprobenvergleich hinsichtlich der Differenzierungsdimension der Ausprägungsstärke erbrachte für den Fragebogenteil in der Intelligenzklasse A (überdurchschnittliche Intelligenz) signifikante Differenzen für die Variablen WÄ, DISS, UW und ST. Die psychisch auffälligen Patienten der Untersuchungsgruppe überdurchschnittlicher Intelligenz neigen weniger als die Hirngeschädigten zur Dissimulation im Sinne der Verharmlosung ihrer Beschwerden (DISS: $p < .01$). Im affektiven und sozialen Bereich bieten die psychisch Abnormen über-

raschenderweise noch stärkere Störungen als die Hirngeschädigten (WÄ: $p < .05$). Beim durchschnittlich intelligenten Patienten (Int.-Klasse C) der beiden Stichproben finden sich diese auffallenden Unterschiede nicht. Dies erlaubt den Schluß, daß es sich hier um einen intelligenzabhängigen "Effekt" handelt, der sich auf überdurchschnittlich intelligente psychisch abnorme Personen beschränkt. Diese scheinen im affektiven und sozialen Bereich infolge ihrer "Auffälligkeit" mehr in Konfrontation zu ihrer Umwelt zu geraten und dies auch deutlich zu empfinden. Deshalb tendieren sie auch mehr zu Dissimulation, zum "Herunterspielen", um größeren Konflikten aus dem Wege zu gehen. Anscheinend wird sich der überdurchschnittlich intelligente Abnorme seiner "Auffälligkeit" bewußter als der Hirngeschädigte gleicher Intelligenz, aber auch bewußter als der psychisch Abnorme durchschnittlicher Intelligenz.

Im projektiven Teil des Testverfahrens (PT: Variable BB und UW) erweisen sich die psychisch abnormen Patienten deutlich entscheidungsgehemmter als die organisch Hirngeschädigten (UW: $p < .05$). Die Erklärung kann darin zu sehen sein, daß der psychisch Abnorme erfahrungsgemäß konfliktreichen Entscheidungen aus dem Wege gehen möchte und sich deshalb der Aufforderung zur Differenzierung entzieht.

Bei Aufgaben, die eine Kombination von Geschwindigkeit, Konzentration und assoziativer Beweglichkeit verlangen, erweisen sich erwartungsgemäß die psychisch abnormen Patienten als leistungsfähiger (ST: $p < .01$). Dies gilt auch für die Patienten durchschnittlicher Intelligenz. Beim hirntraumatisch geschädigten Patienten finden sich demzufolge hinsichtlich der Leistungsfunktionen die größeren Ausfälle.

Für die Intelligenzklasse C (durchschnittliche Intelligenz) erbrachte der Stichprobenvergleich auf der Trennungsebene der Ausprägungsstärke signifikante Unterschiede in den Variablen UW und ST sowie für die Gesamtsumme aller Einzelwerte (WP_{gesamt}). Die psychisch abnormen Patienten durchschnittlicher Intelligenz zeigen sich bei der Beurteilung von Personen nach vorgelegten Bildern weniger entscheidungsgehemmt als hirnorganisch geschädigte Patienten (UW: $p < .05$) und bei Aufgaben, die eine Kombination von Geschwindigkeit, Konzentration und assoziativer Beweglichkeit erfordern, leistungsfähiger als die Spätgeschädigten nach Hirnkontusion (ST: $p < .01$). Der statistische Vergleich der Wertpunkt-Gesamtsumme ($WP_{\text{gesamt}} =$ Summe der in den Einzelvariablen erzielten Wertpunkte) beider Stichproben zeigt weiterhin signifikant ($WP_{\text{gesamt}}: p < .01$), daß die insgesamt stärkeren psychischen Ausfälle von seiten der hirnorganisch geschädigten Patienten angegeben werden.

In der Intelligenzklasse B (unterdurchschnittliche Intelligenz) wurde wegen der geringen Patientenzahl in beiden Stichproben auf einen statistischen Vergleich verzichtet.

Der Stichprobenvergleich hinsichtlich der Differenzierungsdimension der Ausprägungsrichtung erbrachte folgende Ergebnisse:

Die Patienten mit postkontusionellem psychischem Defektsyndrom unterscheiden sich in einem Cluster von insgesamt 21 Items des Fragebogens signifikant stärker von der ideellen Norm als Patienten mit psychisch auffälligem Verhalten ($p < .01$). In 4 Items liegt die größere Abweichung von der ideellen Norm auf seiten der Gruppe der psychisch auffälligen Patienten. Doch konnten hier die Unterschiede statistisch nicht gesichert werden. 26 Items fielen von

vorneherein für eine Analyse weg, da in der Beantwortung dieser Aussagen die beiden Vergleichsgruppen keine wesentlichen Unterschiede zeigten.

In der vorliegenden Arbeit wurde der Defektttest an seinem Anspruch gemessen, die syndromspezifische Symptomatik des postkontusionellen psychischen Defektsyndroms zu registrieren. Es wurde der Nachweis erbracht, daß im Defektttest - abhängig von der Intelligenz - Patienten mit seelischer Spätschädigung nach Hirnkontusion und psychisch abnorme Personen hinsichtlich mehrerer Variablen überzufällig verschiedene Ergebnisse erzielen. Die Testbatterie zur quantifizierenden Bestimmung des hirnnorganischen Defektsyndroms hat damit eine weitere "Validitätsprobe" bestanden.

VIII. LITERATUR

=====

- 1) v. BAEYER, W.: Zur Pathocharakterologie der organischen Persönlichkeitsveränderungen.
Nervenarzt 18 (1947), 21-28.
- 2) BAY, E.: Die traumatischen Hirnschädigungen, ihre Folgezustände und ihre Begutachtung.
Fortschr.Neurol.Psychiat. 21 (1953), 151-181.
- 3) BINDER, H.: Die psychopathischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen.
In: Psychiatrie der Gegenwart Bd. II.
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1960.
- 4) BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie.
12. Aufl. neubearbeitet von M. BLEULER.
Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1972.
- 5) BOSTROEM, A.: Die traumatischen Hirnschädigungen.
Handbuch der inneren Medizin Bd. V.
Springer, Berlin 1939.
- 6) BRÄUTIGAM, W.: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien.
2. überarb. Aufl. Thieme, Stuttgart 1969.
- 7) BRESSER, P.H.: Die Beurteilung der sogenannten traumatischen Hirnleistungsschwäche.
Fortschr.Neurol.Psychiat. 29 (1961), 33-55.
- 8) BUMKE, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 8. Aufl.
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1948.
- 9) DÜHRSEN, A.: Psychopathie und Neurose.
Psyche 2, 380 (1949).
- 10) FAUST, Cl.: Die Beurteilung der posttraumatischen organischen Wesensveränderung.
Dtsch.med.Wschr. 35 (1955), 1237-1239.
- 11) FAUST, Cl.: Die psychischen Störungen nach Hirntrauma: Akute traumatische Psychosen und psychische Spätfolgen nach Hirnverletzungen.
In: Psychiatrie der Gegenwart Bd. II.
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1959.

- 12) FORSTER, E.: Die psychischen Störungen der Kopfverletzten. Allg.Z.Psychiat. 74 (1918), 553-562.
- 13) GRUHLE, H.W.: Der Psychopathiebegriff. Allg.Z.Psychiat. 114 (1940), 232-236.
- 14) GRUHLE, H.W.: Zur Psychopathologie organischer Wesensänderung. Nervenarzt 19 (1948), 216-220.
- 15) JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. 8. unveränd. Aufl. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1965.
- 16) KINZEL, W.: Ein Verfahren zur quantitativen Abschätzung des psychischen Defektsyndroms nach Hirnkontusion. In: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1969/70. Thieme, Stuttgart 1970.
- 17) KINZEL, W.: Die quantitative Abschätzung des psychischen Defektsyndroms nach Hirnkontusion. Diss., Köln-Erlangen 1971.
- 18) KINZEL, W.: Die Unterscheidung vorübergehender seelischer Störungen und bleibender seelischer Schäden. Methode zur Differenzierung körperlich begründbarer Psychosen. Münch.med.Wschr. 113 (1971), 171-123.
- 19) KINZEL, W.: Die Trennung reversibler und irreversibler Syndrome körperlich begründbarer Psychosen. Phänomenologie, Analyse, experimentelle Ergebnisse und Bedeutung einer Syndromdifferenzierung. Nervenarzt 42 (1971), 585-590.
- 20) KINZEL, W.: Das irreversible psychische Defektsyndrom nach Hirntrauma. Eine Übersicht über die literarische Produktion zu einem vielschichtigen Problem. Fortschr.Neurol.Psychiat. 40 (1972), 169-219.

- 21) KINZEL, W.: Defektttest zur Bestimmung des organischen Defektsyndroms.
In: Klinische Psychopathometrie 4 (1972),
Byk Gulden, Konstanz.
- 22) KINZEL, W.: Eine Verfahrensweise zur Trennung rückbil-
dungsfähiger und nicht mehr rückbildungs-
fähiger seelischer Veränderungen körperlich
begründbarer Psychosen.
Psychiat.clin. 5 (1972), 367-379.
- 23) KINZEL, W.: Psychopathometrie des organischen Defekt-
syndroms. In: Angewandte Psychopathometrie.
Hrsg.: H.H. WIECK, Janssen-Symposium Bd. 8,
Düsseldorf 1973.
- 24) KINZEL, W.; G. ELDERING: Das Selbstbildnis in einem Polarität-
tenschema als Kriterium der Unterschiedlich-
keit von reversiblen und irreversiblen Syn-
drom körperlich begründbarer Psychosen.
Schweiz.Arch.Neurol.Psychiat. 107 (1970),
123-135.
- 25) KINZEL, W.; G. KNAPP: Psychopathometrie bei ehemaligen Patien-
ten mit Commotio cerebri. Abgrenzung des see-
lischen Spätzustandes nach Gehirnerschütte-
rung von der irreversiblen Schädigung nach
Hirnprellung.
(Veröffentlichung in Vorbereitung).
- 26) KINZEL, W.; J. KRAUS: Psychopathometrie bei endogenen Psycho-
sen. Abgrenzung der Schizophrenie und Zyklo-
thymie vom organischen Defektsyndrom nach
Hirnkontusion.
Fortschr.Neurol.Psychiat. 42 (1974), 113-156.
- 27) KINZEL, W.; U. SCHMID: Psychopathometrie bei internistischen
Patienten. Abgrenzung der psychischen Er-
scheinungen bei internistischen Grundpro-
zessen vom organischen Defektsyndrom.
Arch.Psychiat.Nervenkr. 216 (1972), 44-57.

- 28) KINZEL, W.; R. ZENGLEIN: Psychopathometrie beim Durchgangssyndrom. Abgrenzung der Funktionspsychose vom organischen Defektsyndrom. Arch.Psychiat.Nervenkr. 213 (1970), 98-104.
- 29) KOCH, J.L.A.: Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Otto-Maier, Ravensburg 1891.
- 30) KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. 8. Aufl. Barth, Leipzig 1915.
- 31) KRANZ, H.: Psychopathie in ihrer Problematik. Regensburger Jb.f.ärztl.Fortbild. Bd. II, 1952.
- 32) KRANZ, H.: Abgrenzung gegenüber Psychopathie und Psychose. In: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie Bd. I, Urban & Schwarzenberg, München-Berlin 1959.
- 33) KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. 25. Aufl. Hrsg.: KRETSCHMER, W., Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1967.
- 34) LANGEN, D.: Psychotherapie. 2. erweiterte Aufl. dtv, Stuttgart 1971.
- 35) LEHRL, S.; H. DAUN; R. SCHMIDT: Eine Abwandlung des HAWIE-Wortschatztests als Kurztest zur Messung der Intelligenz Erwachsener. Arch.Psychiat.Nervenkr. 241 (1971), 353-364.
- 36) LIENERT, G.A.: Testaufbau und Testanalyse. 2. Aufl. Beltz, Weinheim 1967.
- 37) LINDENBERG, W.: Hirnverletzung und Intelligenz. Ärztl.Wschr. 9 (1954), 25-31.
- 38) LINDENBERG, W.; W. POPPELREUTER: Über die Spätfolgen der Hirnverletzungen. Wien.med.Wschr. 92 (1942), 787-796.
- 39) MAYER, K.: Die Bedeutung der Persönlichkeitsstruktur für die Entwicklung seelischer Fehlhaltungen nach einem Unfall. Nervenarzt 31 (1960), 211-216.
- 40) MÜLLER-SUUR, H.: Das psychisch Abnorme. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1955.

- 41) MÜLLER-SUUR, H.: Abgrenzung neurotischer Erkrankungen gegenüber der Norm. In: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie Bd. I, Urban & Schwarzenberg, München-Berlin 1959.
- 42) PETRILOWITSCH, N.: Abnorme Persönlichkeiten. 3. erweit. Aufl. S. Karger, Basel-New York 1966.
- 43) PFANZAGL, J.: Allgemeine Methodenlehre der Statistik II. Sammlung Götschen Bd. 747/747a. Walter de Gruyter, Berlin 1968.
- 44) POPPELREUTER, W.: Die psychischen Störungen nach Kopfschüssen im Krieg. Leipzig 1918.
- 45) SCHEID, W.: Lehrbuch der Neurologie. 3. Aufl. Thieme, Stuttgart 1968.
- 46) SCHNEIDER, K.: Psychosen nach Kopfverletzungen. Nervenarzt 8 (1935), 567-573.
- 47) SCHNEIDER, K.: Kritik der klinisch-typologischen Psychopathenbetrachtung. Nervenarzt 19 (1948), 6-9.
- 48) SCHNEIDER, K.: Der Psychopath in heutiger Sicht. Fortschr.Neurol.Psychiat. 26, 1 (1958), 1-6.
- 49) SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. 9. unveränd. Aufl. Thieme, Stuttgart 1971.
- 50) SCHULTE, W.; R. TÖLLE: Psychiatrie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1971.
- 51) SCHULTZ-HENCKE, H.: Bemerkungen zum Problem der Psychopathie. Psychol.Rundschau 1, 148 (1949/50).
- 52) TÖLLE, R.: Katamnestische Untersuchungen zur Biographie abnormer Persönlichkeiten. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1966.
- 53) WECHSLER, D.: Die Messung der Intelligenz Erwachsener. 3. Aufl. Huber, Bern 1964.
- 54) WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie im Grundriß. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963.
- 55) WELLEK, A.: Die Polarität im Aufbau des Charakters. 3. Aufl. Francke, Bern 1966.

- 56) WIECK, H.H.: Zur Klinik der sogenannten symptomatischen Psychosen.
Dtsch.med.Wschr. 81 (1956), 1345-1349.
- 57) WIECK, H.H.: Das posttraumatische Durchgangssyndrom.
Landarzt 34 (1958), 565-568.
- 58) WIECK, H.H.: Zur klinischen Stellung des Durchgangssyndroms.
Schweiz.Arch.Neurol.Psychiat. 88 (1961), 409-419.
- 59) WIECK, H.H.: Zur Psychopathologie des traumatischen Hirnschadens.
Dtsch.med.Wschr. 87 (1962), 1140-1143.
- 60) WIECK, H.H.: Zur Analyse der Syndromgenese bei körperlich begründbaren Psychosen. In: Psychopathologie heute. Hrsg.: KRANZ, H. Thieme, Stuttgart 1962.
- 61) WIECK, H.H.: Funktionspsychosen, Begriff und klinische Bedeutung.
Med.Welt 18 (1967), 1807-1811.
- 62) WIECK, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie.
Schattauer, Stuttgart 1967.
- 63) WIECK, H.H.: Aktuelle Fragen der klinischen Psychopathometrie. In: Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie. Hrsg.: KRANZ, H. Thieme, Stuttgart 1967.
- 64) WIECK, H.H. (Hrsg.): Klinische Psychopathometrie.
Byk Gulden, Konstanz 1971.
- 65) WIECK, H.H. (Hrsg.): Angewandte Psychopathometrie.
Janssen Symposien Bd. 8, Düsseldorf 1973.
- 66) ZILLIG, G.: Die traumatische Hirnleistungsschwäche.
Nervenarzt 19 (1948), 206-216.

Herrn Prof. Dr. med. H.H. WIECK, bin ich für die Überlassung des Themas und die Erlaubnis, an der von ihm geleiteten Klinik arbeiten zu dürfen, sehr zu Dank verpflichtet.

Dank schulde ich ebenfalls Herrn Prof. Dr. med. F.-W. BRONISCH, an dessen Psychiatrischer Abteilung am Städtischen Krankenhaus Nürnberg ich Testuntersuchungen durchführen durfte.

Besonders danke ich Herrn Dr. rer. nat. W. KINZEL, Dipl.-Psych., der mir bei der Durchführung der Untersuchungsreihe stets großzügig und geduldig beratend zur Seite stand.

Lebenslauf

Am 25.7.1948 wurde ich als erstes Kind des Arbeiters Herbert Wolfersdorf und seiner Ehefrau Babette, geb. Schlüsselbauer in Amberg/Oberpfalz geboren.

Im Herbst 1954 trat ich in die Volksschule in Amberg ein, von welcher ich 1958 in die damalige Oberrealschule Amberg, das jetzige Gregor-Mendel-Gymnasium, überwechselte. Am 21.7.1967 erwarb ich dort mit Abschluß des Abiturs die Hochschulreife.

Das Studium der Medizin begann ich im Wintersemester 1967/68 an der Universität Erlangen-Nürnberg. Hier legte ich am 5.8.1968 die naturwissenschaftliche Vorprüfung und am 8.5.1970 die ärztliche Vorprüfung ab. Am 6.8.1973 beendete ich das Studium mit der ärztlichen Prüfung an der Universität Erlangen-Nürnberg.

Weißenau, den 11.2.1976

Herbert Wolfersdorf

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109 (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990